

# CAPITULO I

## MARCO REFERENCIAL

## I.- MARCO REFERENCIAL.

### 1.1. Enfermería y el proceso de atención como método de trabajo.

En la antigüedad los cuidados de **enfermería** se basaban en el sentido común, en la intuición o en la experiencia, la atención se centraba en las indicaciones médicas y en la patología, mas que en la persona que estaba siendo asistida. Durante muchos años el cuidado era ofrecido por mujeres carentes de educación y eran dirigidas por religiosas (Pepper L. y Cols. 1986; en Kozier 1999).

Fue a mediados del siglo XIX con la contribución de Florence Nightingale, que la enfermería empieza a identificarse como una **profesión**, ya que pugnó por las mujeres que cuidaban a los enfermos, recibieran una formación académica, enfatizando que la función de la enfermería era manipular el entorno y colocar al paciente en las mejores condiciones: (iluminación, calor, limpieza, dieta y ventilación), para que la naturaleza actuara sobre este y se realizara el proceso de reparación de la enfermedad (Kozier 1999).

A casi un siglo de las aportaciones de Nightingale surgieron teorías y modelos que **fundamentan** el cuidado enfermero. Virginia Henderson, con su modelo de necesidades básicas, define la función de la enfermera, como atender al individuo enfermo o sano y ayudarlo a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación o a una muerte en paz, y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza de voluntad o los conocimientos necesarios, recalcó que se le debería de ayudar a alcanzar la independencia lo mas rápidamente posible (Hernández C. 1995, Iyer P. 1999).

**El proceso de enfermería** como método de trabajo se creó por Lidia Hall en 1955, refería que la asistencia sanitaria era un proceso, y que era "para el

paciente y con el paciente". Del mismo modo a comienzos de la época de los 60', Orlando y Wiedenbach fueron de las primeras autoras que utilizaron el termino de Proceso de Asistencia Sanitaria, hoy conocido como Proceso de Enfermería.

Así con la aparición del proceso y la incorporación del método científico en éste, Luis Knowles, presentó una descripción de un modelo en donde la enfermera incorporaba el planteamiento científico en sus actividades ya que "descubría, sondeaba, hacia y discriminaba". (Hernández C. 1995, Kozier, 1999).

En 1967, Helen Yura y Mary Walch, estudiosas del proceso, fueron las que editaron el primer libro sobre el proceso de enfermería e identificaron cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Fue a mediados de la década de los 70', que Bloch, Roy, Mundiger y Jauron, agregaron la fase diagnóstica, constituyendo un proceso de cinco fases. (Iyer P. 1999). Así el uso de proceso de enfermería en la practica clínica adquirió **legitimidad** en 1973, cuando la Asociación Americanas de Enfermeras (ANA), publicó Estandar's of Nursing Practice, que describe las cinco fases del proceso; valoración, planificación, diagnóstico, ejecución y evaluación (Alfaro 1996, Kozier 1999).

En la actualidad, el proceso de enfermería es el **método de investigación** mas eficaz para la satisfacción de los propósitos de asistencia de salud a través de la práctica de enfermería, definiéndose como el instrumento metodológico de identificación y resolución de problemas que incorpora al método científico y se aplica de manera objetiva y libre de valores (Gordon M. 1996)

El proceso de enfermería proporciona un método donde la enfermera utiliza sus conocimientos teóricos y prácticos para prestar sus servicios a los seres humanos, ayudando a la persona a satisfacer sus necesidades de salud (Kozier 1999). **Se caracteriza** por tener propiedades exclusivas, las cuales se describen a continuación:

- 
- Es un método: porque da una serie de pasos mentales, permitiendo organizar el trabajo y solucionar problemas de salud.
  - Es Sistemático: por estar conformado por cinco etapas, con un orden lógico.
  - Es Humanista: por considerar a la persona como un ser holístico.
  - Intencionado: ya que se centra en el logro de objetivos.
  - Dinámico: por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza de la persona.
  - Interactivo: por requerir de la interrelación con el usuario, para lograr y acordar objetivos comunes (Rodríguez S. 2001).

Dicho método tiene **ventajas** tanto para el usuario como también para la enfermera, algunas de estas son que el usuario:

- Se convierte en un miembro activo y responsable de su salud.
- Recibe Atención integral y de calidad.
- Busca conservar su independencia.
- Relación de enfermera-usuario eficaz.

Y para la enfermera:

- Permite conocer de manera individualizada las necesidades de salud del usuario y posibles soluciones.
- Aumenta la satisfacción personal.
- Lleva al pensamiento independiente de la enfermera.
- Brinda un método organizado para asignar personal de enfermería (Alfaro 1996, Gordon M. 1996).

**El proceso de enfermería** consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación las cuales se explican a continuación. La **valoración** es el primer paso del proceso de enfermería, pudiéndose describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos con distintos tipos de fuentes para analizar el estado de salud de un usuario, consta de dos componentes:

➤ Recogida de datos.

Se recogen los datos de forma sistemática, la información necesaria para diagnosticar la respuesta de salud del cliente e identificar los factores contribuyentes. Aquí la enfermera reúne cuatro tipos de datos; subjetivos, objetivos, históricos y actuales, Los datos subjetivos; se describen como la visión que el individuo tiene de una situación o serie de acontecimientos y se obtiene durante la anamnesis de enfermería. Por lo contrario, los datos objetivos son observables y mensurables; esta información habitualmente se obtiene a través de los sentidos (visión, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales (Bellack y Bamford 1984; en Rendón O. 2001): los datos históricos son aquellos referentes a hechos acaecidos con anterioridad al momento presente, que podrían incluir hospitalizaciones previas o enfermedades crónicas; por otra parte los datos actuales son aquellos que se refieren a hechos que están pasando en el momento presente (signos vitales, vómito, dolor postoperatorio, etcétera).

Durante la fase de valoración los datos se recogen de distintas fuentes y estas se clasifican en primarias y secundarias. La fuente primaria es el usuario y debe utilizarse para obtener datos subjetivos pertinentes. El usuario puede, con toda exactitud; compartir percepciones y sentimientos personales sobre la salud y la enfermedad, identificar objetivos o problemas individuales y convalidar respuestas al diagnóstico o modalidades de tratamiento.

La fuente secundaria son aquellas distintas del usuario. Se utilizan en los casos en los que el usuario no puede participar o cuando se precisa información adicional para aclarar o convalidar datos aportados por él, las fuentes secundarias pueden ser los familiares del usuario o personas allegadas, individuos del entorno inmediato del paciente, otros miembros del equipo de salud y los historiales médicos.

En la valoración existen tres técnicas principales que se utilizan para recoger información estas son: la entrevista, la observación y la exploración física, y proporcionan a la enfermera un enfoque lógico y sistemático de recogida de datos necesarios para los posteriores diagnósticos y planificación de cuidados.

La entrevista requiere de capacidad, perfección e interacción en la comunicación, centrada en la identificación de las respuestas del paciente y trata de un proceso determinado que permite a la enfermera y al usuario dar y diseñar información.

La observación implica el uso de los sentidos para adquirir información relativa al usuario, personas allegadas, el entorno y las relaciones existentes entre estas tres variables; es una técnica que requiere disciplina y practica por parte de la enfermera así como también base de conocimientos y utilización consciente de los sentidos (visión, olfato ,oído y tacto).

La tercer técnica durante la valoración es la exploración física, se centra en; definir aun más la respuesta del usuario, ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería; en establecer una base de datos para comparar a la hora de evaluar la eficiencia de las intervenciones de enfermería o medicas y; en justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera-usuario. En esta técnica, la enfermera utiliza cuatro habilidades especiales durante la exploración física y son; inspección, palpación, percusión y auscultación.

➤ La documentación:

Es la complementación de los resultados obtenidos de la historia de enfermería con el examen físico; es un registro del estado de salud del usuario y su objetivo es tener información clara, concisa, completa y actual, en dicha documentación quedan bien definidos los patrones funcional, disfuncionales y en riesgo de disfunción del usuario, en base a esto el profesional de enfermería

identifica los problemas reales o potenciales, elaborando así los diagnósticos de enfermería. (Iyer. 1999, Hernández C 1995).

La segunda etapa del proceso de enfermería es el **diagnóstico**: es la exposición que identifica la existencia de un estado no deseable, el profesional de enfermería es el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas, a problemas de salud reales y potenciales.

La etapa de diagnóstico cuenta con las siguientes fases:

a)-Procesamiento de datos: esto significa agrupar los datos obtenidos, clasificarlos, interpretarlos y validarlos. Ya que la forma en que se agrupe la información influirá en la habilidad para identificar los problemas.

b)-Elaboración de diagnósticos: etiquetar y describir los problemas, nombrar el problema con la etiqueta que mejor se adapte a las claves que presenta el usuario. El diagnóstico se fundamenta en reconocer las características, signos y síntomas de un diagnóstico específico que permitirá establecer intervenciones correctas.

c)-Verificación: ya que se obtiene el diagnóstico, éste se estudia para validar que sea el correcto, se observan las evidencias nuevamente en la valoración, estudios de laboratorio, entrevista, etc. y se confirma el diagnóstico final, validar con fuentes primarias y secundaria, explicar los problemas al usuario ya que tiene derecho a estar informado de sus diagnósticos, y se debe tomar en cuenta su opinión para determinar los objetivos.

d)-Documentación: Registrar con una expresión la categoría diagnóstica en base a los diagnósticos de enfermería establecidos . La NANDA en su novena conferencia, aprobó la definición de diagnóstico, como el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad, frente a los procesos vitales /

---

problemas de salud reales y/o potenciales; existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería:

**Diagnóstico de enfermería real:** describe las respuestas humanas a procesos vitales; estados de salud en un individuo, familia o comunidad.

**Diagnóstico de enfermería de riesgo:** es un juicio clínico en el que el individuo, la familia o una comunidad, es más vulnerable a un determinado problema, que otras personas que se encuentran en una situación igual o similar.

**Diagnóstico de enfermería posible:** cuando un problema de salud no está claro o se desconocen los factores causales; requiere de más datos ya sea para validarlo o refutarlo.

**Diagnóstico de enfermería de bienestar o de salud:** es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado (Iyer 1999, Kozier 1999, Alfaro 1996).

La **planificación** es la tercer etapa del proceso, implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar una respuesta saludable del cliente o impedir, reducir y corregir las respuestas insanas, identificadas en el diagnóstico de enfermería, esta fase empieza después de la formulación de diagnóstico, y finaliza con la documentación del plan de cuidados (Kozier, 1999), durante esta etapa se desarrollan los resultados e intervenciones de enfermería y consta de cuatro fases;

a).- **Fijación de prioridades:** es identificar las respuestas reales o potenciales que requieren intervenciones de enfermería, por tanto, debe establecer un sistema para determinar que diagnósticos se tratan primero. Un mecanismo es la jerarquización de necesidades humanas que propone Abraham Maslow



b).- Redacción de Resultados: también pueden denominarse objetivos ya que definen de que modo la enfermera y el usuario, saben que la respuesta humana identificada en el diagnóstico ha sido impedida, modificada o corregida. Para que los resultados estén bien escritos deben llevar las siguientes directrices:

- \* debe estar relacionado con la respuesta humana.
- \* Tiene que estar centrado en el cliente, ser claros y concisos.
- \* Se debe describir un comportamiento que sea mensurable, observable y realista
- \* Deberán de estar limitados en cuanto al tiempo.
- \* Tiene que estar delimitados conjuntamente con el cliente y la enfermera.

c).- Intervenciones de Enfermería: estas intervenciones se basan en: la información obtenida durante la valoración, y las posteriores intervenciones que tiene la enfermera con el usuario y su familia; las características deseables de las intervenciones de enfermería es que sean coherentes, que se basen en principios científicos y que estén individualizados para un usuario.

d).- Documentación: Implica comunicar el plan de cuidados escrito a otros miembros de personal de enfermería. El plan de cuidados ésta diseñado para compartir información referente a las principales necesidades de atención sanitaria del usuario, los resultados identificados por la enfermera y las intervenciones planificadas. (Iyer P, 1999).

La cuarta etapa es la **ejecución** cuyo objetivo central es eliminar o minimizar la etiología del problema o bien, la modificación de los factores de riesgo para prevenir la presentación de diagnósticos enfermeros reales; la ejecución consiste en realizar o delegar al resto del equipo de enfermería, usuario o familiares, las intervenciones preescritas por el profesional de enfermería, derivadas de los diagnósticos de enfermería y tratamientos incluidos por el medico, generalmente estas intervenciones van dirigidas al fomento de la salud y prevención de factores de riesgo.

Para la ejecución satisfactoria del plan de cuidados, el profesional de enfermería requiere de habilidades intelectuales, de interacción humana y técnicas, esta etapa se lleva a cabo en fases:

1.- Preparación: se programa una serie de actividades, para dar inicio a las intervenciones de enfermería.

- Revisión de las intervenciones de enfermería; se valora que la programación de actividades, sean suficientes y adecuadas para el logro de objetivos planeados
- Análisis de los conocimientos y habilidades de enfermería necesarias para la ejecución del plan; la responsable de ejecutar el plan, deberá evaluar el nivel de conocimientos y habilidades exigidas para desarrollar las intervenciones.
- Asegurarse de contar con los recursos necesarios: entre ellos el tiempo y el horario para la ejecución, la cantidad y calidad del personal debe ser suficiente en ambos aspectos para ejecutar la acción, así como el material y equipo.
- Preparación de un ambiente terapéutico cómodo y seguro, creación de un entorno agradable que garantiza el éxito de las intervenciones de enfermería.

2.-Intervención: es el inicio de acciones independientes e interdependientes diseñadas para resolver, minimizar, modificar o evitar los problemas de enfermería; en las intervenciones, se deben establecer las necesidades de aprendizaje del usuario, detectar la motivación y factores que influyen en la capacidad del usuario para aprender, entre estos se encuentran el nivel de conocimientos que tiene respecto a su estado de salud, pues el usuario bien informado presentará mayor interés en aprender, por lo cual el profesional de

enfermería debe emplear recursos y estrategias, adecuadas para cada usuario y su familia; el uso de material, tiempo y estrategias ideales para cada caso en particular, garantiza en mucho un aprendizaje favorable en un proceso enseñanza-aprendizaje que integra la evaluación del usuario, para corroborar " lo aprendido", garantiza su retroalimentación y reforzamiento.

3.- Documentación o registro: las hojas de enfermería deben llevar el formato DAR

D.- Datos objetivo, subjetivos, antecedentes y actuales.

A.- acciones e intervenciones de enfermería.

R.- respuesta del usuario ante un diagnóstico de enfermería.

La **evaluación** es la etapa final del proceso en que la enfermera determina la evolución del usuario hacia el logro de sus objetivos, como resultado de la eficacia del plan de cuidados. La evaluación es una actividad programada, continua y con objetivos bien definidos, en donde los usuarios y los profesionales de enfermería definen: el progreso del usuario hacia la consecución de los objetivos; la eficacia del plan de cuidados, como resultado de esta etapa se determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o modificarse (Rendón O. 2001).

La evaluación puede ser :

a).- continua: se realiza mientras las intervenciones de enfermería son ejecutadas o inmediatamente después de éstas; permite a la enfermera cambiar las intervenciones de una manera inmediata y radical si no se obtiene la respuesta programada en el usuario.

b).- Intermitente: es realizada durante periodos determinados, al recibir el turno, cada 24 horas o cada semana, permite valorar el grado de consecución de los objetivos y de esta manera corregir el plan de atención.



c).- Final : especifica el estado del usuario en el momento de ser dado de alta. Se valora el alcance de los objetivos y las habilidades de auto cuidado y seguimiento en el tratamiento ambulatorio.

## **1.2. Patrones funcionales de Marjory Gordon.**

Los patrones funcionales de salud son una herramienta de trabajo utilizadas por el profesional de enfermería, estos proporcionan una estructura para el análisis de la evaluación inicial y continua del estado de salud de una persona, familia y comunidad. Aquí se registran los comportamientos que ocurren en forma secuencial en el transcurso del tiempo; esta secuencia de comportamientos mas que los hechos aislados son los datos utilizados para hacer los juicios clínicos y elaborar diagnósticos de enfermería.

Clasificación de los patrones funcionales de la salud:

### **1).- Patrón Percepción-Manejo de salud.**

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el paciente y cómo maneja su salud. Incluye la percepción del cliente de su estado de salud y la relevancia que éste tiene de las actividades actuales y la planificación futura; incluye el nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de salud, practicas preventivas de salud mental, física; percepción y el seguimiento de tratamientos médicos y cuidados de enfermería.

### **2).-Patrón Nutricional-Metabólico.**

Describe los patrones de consumo de alimentos en relación a las necesidades metabólicas y la provisión de nutrientes; incluye las horas de comida, tipos, cantidad y calidad de alimentos y líquidos consumidos; preferencias particulares de alimentos; el uso de suplementos dietéticos o vitamínicos. Se consideran también las condiciones de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas,

dientes, medidas de la temperatura corporal, altura y peso; además las referencias de cualquier lesión de la piel, así como la capacidad general de cicatrización.

### 3).- Patrón de eliminación.

Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel), de los individuos. Incluye la regularidad percibida por el individuo de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón de evacuación, forma de excreción, cantidad y calidad; considerando también el uso de dispositivos para el control de la excreción.

### 4).- Patrón de Actividad-Ejercicio.

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo, requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria, como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y el mantenimiento del hogar; están incluidos el tiempo, la cantidad y calidad de ejercicio, deportes, los cuales describen el patrón típico. Abarca los patrones del tiempo libre que describe las actividades de recreo llevadas a cabo con otros individuos; el énfasis está en las actividades de mayor importancia para el usuario.

### 5).- Patrón sueño-Descanso.

Describe los patrones de sueño, descanso y relax, a lo largo de 24 horas del día. Incluye la percepción de la calidad de sueño, descanso y la percepción de nivel de energía; están incluidas las ayudas para dormir como, medicamentos o rutinas empleadas a la hora de acostarse.

### 6).- Patrón Cognitivo-Perceptivo.

Menciona los patrones sensorios-preceptuales y cognitivos que incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, tacto, y el olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para hacer frente a los trastornos; las manifestaciones de percepción del dolor; y se describen las habilidades

cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio, y la toma de decisiones.

7).- Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo.

Describe el patrón de autopercepción y concepto del usuario sobre sí mismo en cuanto a capacidades cognitivas, afectivas, físicas, imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general; también el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual, voz y conversación.

8).- Patrón Rol Relaciones.

Describe los patrones de compromisos del rol y relaciones que incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del usuario; satisfacciones o alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades con estos roles.

9).- Patrón Sexualidad-Reproducción.

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, y patrón reproductivo; incluyendo el estado reproductor de la mujer, premenopáusica o posmenopáusica y los problemas percibidos.

10).- Patrón adaptación-Tolerancia al Estrés.

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad de este patrón en tolerancia el estrés; incluye la capacidad de resistir los cambios en la propia integridad, formas de trabajar al estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad para controlar y dirigir situaciones.

11).- Patrón Valores y Creencias.

Se refiere a los valores que guían las acciones o decisiones del usuario, incluyen lo que es percibido por la persona como; lo importante en la vida y cualquier percepción de conflictos en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud (Gordon M. 1996).

### **1.3. Necesidades Humanas de Abraham Maslow.**

Las necesidades básicas del usuario según Abraham Maslow se realizan conforme el grado de prioridad que les corresponde, lo que significa que algunas son más apremiantes que otras; sin embargo, una vez satisfecha una necesidad básica la persona pasa a cubrir necesidades de nivel más alto. El modelo de Maslow se utiliza en el proceso de enfermería para jerarquizar los diagnósticos ; las necesidades se clasifican en cinco básicas que son:

#### **Necesidades Fisiológicas.**

Las necesidades fisiológicas son las que predominan en la motivación de la conducta humana y dan lugar a los mecanismos que conservan la homeostasia; es decir la regulación constante del medio interno de un organismo que incluye las de nutrición, excreción, hidratación y temperatura, así como las del sueño y reposo o la de evitar el dolor; se considera que el sexo es un motivo básico pero no indispensable para la supervivencia.

#### **Necesidad de Seguridad Física y Psicológica.**

El adulto normal puede protegerse a sí mismo y es usual que no se sienta en peligro; anhela sentirse seguro y protegido, pero cualquier enfermedad constituye una amenaza; las pruebas diagnósticas y los procedimientos terapéuticos quizá contribuyan a aumentar sus temores.

#### **Necesidad de Afecto y Pertenencia.**

Toda persona enferma o sana desea la compañía y aceptación de otros, un enfermo requiere y necesita estar con sus familiares o en ausencia de estos, sus amigos, una forma de lograr su satisfacción es ayudar a que los familiares sientan que hacen una aportación clara a la recuperación del usuario. La evaluación e interpretación de la conducta de éste son indispensables para percatarse de signos indicadores que no están satisfechas sus necesidades de pertenencia y afecto.

Necesidad de Autoestima y Respeto de sí mismo.

El hombre es por naturaleza un ser social que aborrece el aislamiento, las enfermedades lo alejan del mundo en que acostumbra a convivir y lo transplanta a un ambiente extraño y desconocido en que se siente incompetente y solo, la insatisfacción de las necesidades y autoestima y respeto de sí mismo se manifiestan en una actitud dependiente y de falta de confianza, capacidad y competencia. La educación del paciente centrada en la adquisición de las aptitudes y conocimientos es útil para aumentar la autoestima y el respeto de sí mismo.

Necesidad de Realización personal.

Maslow considera que aproximadamente el uno por ciento de los adultos logran la realización personal a lo largo de su vida, además, muchas personas se dan por bien servidas con la satisfacción de otras necesidades de nivel inferior y no luchan por su realización personal. (Smeltzer Suzane, 1994).

#### **1.4 Generalidades de la patología: Apendicitis.**

El apéndice es un órgano pequeño y digitiforme de unos diez cm de longitud, que se continua con el ciego en sentido distal con la válvula ileocecal. Se llena de alimentos y se vacía con regularidad en o hacia el ciego; debido a que a veces su vaciamiento es ineficaz porque su calibre inferior es muy pequeño, el apéndice se obstruye con facilidad y es vulnerable a la infección (Apendicitis).

La apendicitis es la causa mas común de inflamación en el cuadrante inferior derecho de la región abdominal, es la causa mas frecuente de cirugía de urgencias. En promedio, 7% de la población se ve afectada en algún momento de su vida, se presenta a cualquier edad y sexo, aunque ocurre con mayor frecuencia en hombres y entre los 10 y 30 años.



---

El apéndice se inflama y se vuelve edematoso por acodamiento u oclusión, quizá por algún fecalito, tumor o cuerpo extraño. El proceso inflamatorio aumenta la presión intraluminal, con lo cual se inicia el dolor generalizado progresivamente intenso de la mitad superior del abdomen, que en cuestión de horas se localiza en el cuadrante inferior derecho de tal zona, tarde o temprano el apéndice inflamado se llena de pus.

Las manifestaciones que se presentan, es dolor en el cuadrante inferior derecho de la región abdominal, en general se presenta acompañado de fiebre baja, náusea y vómito, es común la pérdida de apetito. El punto de McBurney se observa sensible a la presión; podría haber sensibilidad al rebote (dolor al liberar la presión). La intensidad de la sensibilidad y del espasmo muscular dependen de la colocación de la apéndice.

El diagnóstico se basa en un examen físico completo y pruebas de laboratorio y radiológicas. Una vez confirmada la patología, lo indicado es la cirugía, mientras tanto se administran antibióticos y líquidos intravenosos. La Apendicetomía se lleva a cabo lo mas pronto que sea posible, para reducir el riesgo de perforación de la apéndice y sus complicaciones, tales como: peritonitis, absceso pélvico o lumbar, absceso subfrénico e Íleo paralítico (Long P. 1993, Brunner 1996).