



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

PREVALENCIA DE APENDICITIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

AUTORES: LUIS ÁNGEL QUEZADA FIERRO
KAREN GERALDINE CORAL QUISHPE

DIRECTOR DE TESIS: LCDO. WILLER MOTOCHÉ

AÑO: 2013

MACHALA - EL ORO - ECUADOR.

CERTIFICACIÓN

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y analizado, el proyecto de tesis de grado, con el título: **PREVALENCIA DE APENDICITIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012**, presentando como requisito previo, para su aprobación, y desarrollo de la investigación para optar el título de licenciados en enfermería.

Autorizo su presentación.

Lic. Willer Motoche.

CESION DE DERECHO DE AUTORIA

YO, LUIS ANGEL QUEZADA FIERRO , con cedula de identidad **0705727139**,
Y, KAREN GERALDINE CORAL QUISHPE, con cedula de identidad **0704445212**, egresados de la escuela de enfermería de la unidad académica de ciencias químicas y de la salud de la Universidad Técnica de Machala, responsables de la presente **TESIS DE GRADO** titulada **PREVALENCIA DE APENDICITIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEOFILO DAVILA DURANTE EL AÑO 2012**, certificamos que la responsabilidad de la investigación , resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a nuestra autoría; una vez que ha sido aprobado por mi tribunal de sustentación de tesis autorizando su presentación.

Deslindamos a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedemos nuestros derechos de autor a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que crea conveniente.

LUIS ANGEL QUEZADA FIERRO

070572713-9

AUTOR

KAREN GERALDINE CORAL QUISHPE

070444521-2

AUTORA

RESPONSABILIDAD

Los criterios emitidos en el presente documento de tesis, resultados, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Luis Ángel Quezada Fierro

Karen Geraldine Coral Quishpe

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradecemos a Dios todopoderoso por darnos fortaleza, cuando hemos estado a punto de caer frente a los diversos obstáculos presentados durante nuestra vida estudiantil.

A todos los profesionales que directa e indirectamente, contribuyeron en la realización de nuestro trabajo de tesis, especialmente a nuestro director de **Lic. Willer Motoche**, por la orientación, seguimiento y supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido, y a los docentes que compartiendo sus sabios conocimientos.

GRACIAS

LUIS ÁNGEL Y KAREN

DEDICATORIA

Dedicamos de todo corazón a nuestros padres Karina, Ángel, Alexandra, Carlos, y familiares, por creer en nosotros y estar siempre impulsándonos, con su ejemplo de superación, entrega, y perseverancia, y hoy que culminamos nuestra profesión la ofrecemos a ustedes como muestra de amor y respeto.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG
Preliminares	
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Planteamiento del problema.....	4
	4
Formulación del problema.....	5
Objetivos.....	6
	6
Justificación.....	7
	7
CAPITULO I	
	8 7
MARCO TEÓRICO	

1.	Apéndice.....	
1.1.1	Anatomía y fisiología.....	
1.2.	Apendicitis.....	9
1.2.1.	Definición.....	9
1.2.2	Historia.....	
1.2.3	Epidemiología.....	10
1.2.4	Antecedentes de estudios.....	
1.2.5	Factores de riesgo.....	10
1.2.6	Fisiopatología.....	10
1.2.7	Etiopatología.....	11
1.2.8	Fases anatomopatológica.....	
1.2.9	Signos y síntomas.....	11
1.2.10	Diagnóstico.....	12
1.2.11	Tratamiento.....	13
1.2.12	Complicaciones.....	13
1.2.13	Prevención.....	

		14
CAPITULO II		
		15
2	PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	
		16
2.2	Valoración.....	
	
2.3	Diagnóstico.....	17
2.4	Planificación.....	
		18
2.5	Ejecución.....	
2.6	Evaluación.....	19

CAPITULO III

3	MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
3.1.	Diseño de estudio.....	
		21
3.2	Etapa de investigación.....	
3.3	Tabulación y análisis de datos.....	24

3.4	Intervención.....	27
3.5	Evaluación.....	30
3.6	Operacionalización de variables.....	30
	Hipótesis y Variables.....	
CAPITULO IV		31
4. PROCESAMIENTO DE DATOS		31
4.1. Resultados de la investigación.....		34
	Cuadro N°- 1 Grupo étnico.. ..	34
	Cuadro N°- 2 Nivel de educación.....	
	Cuadro N°- 3 Actividad Laboral.....	35
	Cuadro N°- 4 Procedencia.....	36
	Cuadro N°- 5 Causas de apendicitis.....	38

Cuadro N°- 6	Asociación entre edad y casos de apendicitis.....	40
Cuadro N°- 7	Asociación entre género sexual y casos de apendicitis.	
Cuadro N°- 8	Relación entre tiempo de evolución y las fases.....	
Cuadro N°- 9	Sintomatología de los casos de apendicitis.....	41
4.2. Resultados de la intervención.....		41
Cuadro N°- 1	Claridad expositiva.....	42
Cuadro N°- 2	Calidad de contenidos.....	43
Cuadro N°- 3	Calidad del material audiovisual.....	44
Cuadro N°- 4	Calidad del ambiente.....	
		45
Cuadro N°- 5	Cumplimiento de actividades.....	
		46
Cuadro N°- 6	Cumplimiento de objetivos.....	

	47
Cuadro N°- 7 Cobertura del programa.....	
	48
Cuadro N°- 8 Conducta de los asistentes.....	
	49
Cuadro N°- 9 Expectativas de los asistentes.....	
	50
Cuadro N°- 10 Recomendaciones de los asistentes.....	
	50
Cuadro N°- 11 Pret- test de conocimiento sobre apendicitis.....	
	51
Cuadro N°- 12 post – test de conocimiento sobre apendicitis.....	
	52
Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	55
Anexos.....	56

Cronograma de actividades de tesis	57
Presupuesto de tesis.	58
Registros clínicos investigados.	59
Formulario clínico.	60
Justificación del programa educativo.	61
Plan de trabajo del evento educativo.	62
Temario del evento educativo.	64
Formulario de pret –test y post – test de conocimientos.	64
Registro de cobertura del evento educativo	65
Tríptico y verificadores visuales.	68

RESUMEN

El presente estudio investigativo, en conocer y analizar el motivo para estudiar la prevalencia de apendicitis en pacientes atendidos en el hospital Teófilo Dávila durante el año 2012., teniendo como objetivo determinar su prevalencia. El estudio fue retrospectivo, descriptivo de corte transversal, como muestra fueron 79 casos de apendicitis, incluyendo pacientes de ambos géneros, de toda edad, atendidos en el año 2012; excluyendo casos fuera del periodo intervenido. Con respaldo de referencia científica actualizada. Los resultados demuestran en 34% la prevalencia de apendicitis en el sexo masculino, entre 11 – 20 años de edad, en un 16% predomino la fase congestiva, tras evolucionar entre 24 – 48 horas. Como características sociodemográficas el 60% era de etnia mestiza, 47% con nivel educativo de primaria incompleta, 49% fueron estudiantes, 6% carente de actividad laboral, residiendo 52% en zona suburbana, y 19% procedían de zonas rurales. Se estableció que 91% de los casos apendiculares ocurrieron a causa de hiperplasia de los folículos linfoides apendiculares, 4% por acumulación de residuos de alimentos. El factor que incremento la probabilidad de padecer apendicitis fue la edad (11 – 20 años) y el sexo masculino. La evolución clínica (24 – 48 horas) y la fase supurativa estuvieron estrechamente relacionadas, al presentar los pacientes sintomatología atípica de esta fase como fueron leucocitosis entre 10000 – 15000 mm³, dolor intenso en fosa iliaca derecha e hipertermia. Con el evento educativo se comprobó la hipótesis de que la alta prevalencia de apendicitis se debe al desconocimiento de los signos y síntomas, pues al realizar pre – test de conocimiento en 100% de asistentes, 72% dieron respuestas incorrectas, 7% correctamente. Después del evento 96% de asistentes incrementaron conocimientos sobre la patología, lo que ayudara a reducir el riesgo de complicaciones y mortalidad.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la inflamación aguda y progresiva del apéndice vermiforme, que requiere hospitalización y proceso quirúrgico elevando el índice de morbimortalidad en la población, aparece desde épocas medievales. Las estadísticas demuestran que un 7% de la población general es afectada y suele presentarse con una incidencia del 60% de los casos en el sexo masculino, la máxima frecuencia es entre 10 y 20 años, rara vez en menores de 3 años. Declina a partir de la cuarta década de la vida; en los adultos jóvenes la relación hombre-mujer es de 3:1. Las complicaciones son comunes en los ancianos donde la tasa de mortalidad es alta (WILMS I, et al. 2011).

En los países occidentales aproximadamente el 7% de los individuos desarrollan apendicitis durante sus vidas. Aproximadamente 200000 apendicectomía son realizadas anualmente en Estados Unidos, la incidencia es de 1 por 1000 personas y 86 casos por cada 100000 personas en el mundo. La apendicitis es menos común en África y en algunas zonas de Asia. Siendo su incidencia global menor en los países en desarrollo con respecto a los países industrializados, aunque se desconocen las razones esto parece estar relacionado con cambios en los hábitos dietéticos y el mayor consumo de fibra vegetal (<http://www.slideshare.net/ANALISIS/apendicitis-5294036>).

Trabajos investigativos como el estudio para determinar la morbilidad y mortalidad por apendicitis aguda en el Hospital Integral Comunitario del municipio de Monteagudo de la República de Bolivia, desde Agosto de 2006 hasta Mayo de 2008. Siendo sujeto de estudio 55 pacientes operados predominaron: el sexo masculino, los menores de 15 años de edad y el estadío gangrenoso, teniendo en cuenta que la apendicitis aguda es la entidad nosológica que más afecta a los pacientes quienes

acudieron tras varios días de evolución de la enfermedad, que repercute de forma directa en su salud e incide negativamente sobre la expectativa y la calidad de vida del hombre. Los resultados mostraron predominio de los menores de 15 años (25,4 %), seguido por los de 15 a 19 (21,8 %), así como también del sexo masculino (63,6 %), la mayoría de los integrantes tenían estadios avanzados de la enfermedad, con predominio de la apendicitis gangrenosa (36,4 %), seguida de la perforada (30,9 %) (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Enero 2001).

El estudio realizado en el hospital del Puyo – Ecuador, durante los meses de Abril – Diciembre 2009, en una muestra de 194 pacientes sometidos a apendicectomía prevaleció el sexo femenino sobre el masculino, con mayor porcentaje en edades de la tercera y cuarta década de vida, al ser valorados con la Escala de Alvarado se evidenció que la mayor parte de los pacientes resultaron positivos para la prueba, con mayor porcentaje de Apendicitis Grado II y III. Los síntomas más frecuentes presentados en este estudio fueron: dolor en fosa iliaca derecha, dolor de rebote (Blumberg +) y Náusea y vómito (VÍCTOR Hugo, ORBEA Marcia. 2009).

Sucesos que indica que existen factores predisponentes asociados con el cuadro apendicular, estreñimiento, dieta rica en carnes, exceso de alimentos, etiológicamente su cuadro inicia como una apéndice aguda pues se da obstrucción de la luz apendicular, causadas por aumento del tamaño de los linfocitos produciendo la inflamación; otra causa son los cuerpos extraños como los fecalitos, pues son masas orgánicas, y finalmente las causadas por parásitos. Como el apéndice tiene un proceso evolutivo tiene diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que dependen de la fase de la enfermedad considerando estadios: edematosa o catarral, flemonosa o supurada no implican complicaciones, cuando son necrosadas, y perforadas son apendicitis complicadas. Actualmente el

diagnóstico de la apendicitis suele realizarse con el examen físico, pruebas radiológica y de laboratorio (<http://www.clinicasantamaria.cl/noticias/noticia>).

Este problema suele estar presentándose en una alta prevalencia en el hospital Teófilo Dávila, donde se han atendido según los datos de estadística 212 casos de apendicitis que terminaron en apendicetomía, en muchos de los casos hubo fistulas de perforaciones eliminando secreciones purulentas durante el año 2011, razón por la que se decide realizar una investigación a fin de determinar la prevalencia de apendicitis del año 2012.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis es la inflamación del ciego, una parte del intestino grueso, suele presentarse a toda edad generalmente el 40% de los caso en individuos de 10 a 29 años, por cada 1.3 hombres con apendicitis, se presenta en 1 mujer. La mortalidad es baja en los casos de apéndice no perforada (0,1 - 0,2%) y más alta en la apéndices perforadas (3 – 5 %).

En 70 – 80 % de los casos son de apéndice no perforadas y 20 – 30% son casos de apéndices perforadas ⁽¹⁸⁾, el hecho es que la infección apendicular se localiza sobre los folículos linfáticos, tan numerosos a nivel del apéndice, pero al lado de la infección existen otros factores que favorecen el estallido del proceso de apendicitis como los fecalitos masas ovoideas de materias fecales endurecidas, la existencia del oxiuro en el interior del apéndice actuaría por acción traumática, de expoliación irritativa e inflamatoria y finalmente infecciosa, también la presencia de cuerpos extraños (semillas) que no son metabolizadas y vuelven pesado el transito digestivo acumulándose y formando una masa que obstruye la luz del apéndice inflamándola generando efectos en los niños de cuadros dolorosos a nivel abdominal (epigastrio, que al cabo de 4 horas se focaliza a nivel de fosa iliaca, y hay sensibilidad, vomito, fiebre que tiende aumentar hasta 38°C, en algunos casos falta la reacción térmica, leucocitosis (> de 15000), en los niños suele variar el orden de presentación clínica, puede no haber vomito (VILLAMIZAR BELTRÁN Pedro).

Hay constipación, raras veces, diarreas ⁽⁴⁾, es por ello que se debe realizar una investigación en el hospital Teófilo Dávila, y determinar la prevalencia de este problema durante el 2012.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia y fases de la apendicitis que presentaron los pacientes atendidos en el hospital Teófilo Dávila durante el 2012?

SISTEMATIZACIÓN.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con apendicitis?
2. ¿Cuáles son las causas que originaron los cuadros de apendicitis en los pacientes?
3. ¿Qué factores de riesgo se asocian con el cuadro de apendicitis que presentaron los pacientes?
4. ¿Cuál es la relación entre el tiempo de evolución clínica y la fase anatomopatológica del apéndice?
5. ¿Cuál es la sintomatología clínica que presentaron los pacientes con apendicitis?

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia y fases de la apendicitis que presentaron los pacientes atendidos en el hospital Teófilo Dávila durante el año 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con apendicitis.
2. Establecer las causas que originaron el cuadro de apendicitis en los pacientes.
3. Identificar los factores de riesgo asociados al cuadro de apendicitis que presentaron los pacientes con apendicitis.
4. Determinar la relación entre el tiempo de evolución clínica y las fases anatomopatológica que presentaron los pacientes con apendicitis.
5. Conocer la sintomatología clínica que presentaron los pacientes con apendicitis.
6. Aplicar un programa de fomento y protección que aborde información sobre signos y síntomas de una apendicitis, dirigido a los clientes que acuden a la consulta externa del hospital Teófilo Dávila, con la finalidad de que detecten precozmente la enfermedad y opten por la inmediata búsqueda de tratamiento médico, reduciendo el riesgo de complicaciones y mortalidad.

JUSTIFICACIÓN

La apendicitis es la inflamación del apéndice puede aparecer a cualquier edad pero hay un elevado índice de incidencia entre los 10 y los 30 años, también se ha detectado que es más frecuente en los varones. Y no siempre presenta síntomas claros, por lo que a veces se confunde con otras afecciones lo que retrasa el diagnóstico.

El problema de la apendicitis no es la inflamación del apéndice, si dejamos evolucionar el cuadro, el apéndice puede llegar a necrosarse en el interior del abdomen, esto provocaría una situación de urgencia, como la peritonitis, con gran riesgo para la vida del paciente.

Esta situación también estaría presente en los casos de apendicitis atendidos en la emergencia del hospital Teófilo Dávila de Machala. Por lo que es necesario investigar su prevalencia, habiendo identificado el 34% los factores de riesgo relacionados con la apendicitis, establecer el tiempo de evolución, determinar la fase histopatológica de la apendicitis que presentaron los pacientes, y aplicar un programa de fomento y protección que aborde información sobre signos y síntomas de esta patología, a fin de que los clientes que acuden a la consulta externa detecten precozmente la enfermedad y opten por la inmediata búsqueda de tratamiento médico, reduciendo el riesgo de complicaciones y mortalidad.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. APÉNDICE

1.1.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.

El apéndice fue reconocido por Fitz en 1886 y la diferencia de las enfermedades no quirúrgicas del ciego. El apéndice es un órgano hueco pequeño mide aproximadamente 2 a 20 cm., y de 3 a 6 mm de diámetro, situado intraperitonealmente en la fosa iliaca derecha, y está adherido en la cara posteromedial del ciego en el intestino grueso, la punta del apéndice puede estar situada retrocecal, pélvica, subcecal, preilial, pericólica derecha, y cuelga de un pequeño mesenterio.

Contiene la arteria apendicular, colateral de la rama ileal de la arteria ilíaca rama terminal de arteria mesentérica superior que las irrigan. Produce inmunoglobulina A (IgA), igual que las amígdalas (anginas) y adenoides, contienen glándulas linfáticas, simpática y parasimpática, y función inmunológica. El apéndice no es necesario para la salud y puede ser extirpado a temprana edad sin efectos adversos

(VARAS T. Janet. 2012).

1.2. APENDICITIS.

1.2.1. DEFINICIONES:

Es la inflamación del apéndice vermiforme, con exudación y edema de las capas internas, como consecuencia de la oclusión del lumen secundario, que se encuentra en el borde inferior del ciego, a unos 3 cm de la válvula ileocecal. El proceso puede causar isquemia del apéndice vermiforme, lo que provoca necrosis, perforación y luego llegar a un absceso o peritonitis (TUESTA NOLE, Isaac. 2009).

1.2.2. HISTORIA

Los primeros conocimientos sobre apéndice datan del año 3000 A.C, en las civilizaciones egipcias, ya que en las momificaciones extraían los órganos intra-abdominales, colocándolos en vasijas descrita como gusano del intestino. En 1492 Leonardo Da Vinci, la describe en sus dibujos como una pequeña oreja. Luego en la época medieval, se la describía como una tumoración grande conteniendo pus denominándola “fosa iliaca”, hasta antes del siglo XIX, se creía que era originada por inflamación del ciego.

Todo comienza cuando Giacomo Berengari da Carpi profesor de medicina de Bologna, describió en 1521 por primera vez el apéndice como elemento anatómico, Jean Fernel médico francés en 1554 dio la primera descripción conocida de apendicitis como hallazgo en una autopsia; le dio el nombre de apéndice vermiforme por su similitud con un gusano.

James Parkinson en 1812, reconoció la perforación del apéndice inflamada, como causa de muerte en uno de sus pacientes. Morton el 27 de abril de 1887 realizó con

éxito la primera apendicetomía, antes de la perforación del apéndice. En 1889 Charles MacBurney, propuso reconocer el punto de mayor dolor en las apendicitis y una incisión para su extirpación (ACQUES Q. León P. 2004).

1.2.3. EPIDEMIOLOGIA.

La apendicitis representa el 40% de las causas de urgencias no traumáticas en los hospitales. Su frecuencia anual en las diferentes geografías mundial oscila entre 1,5 por 1000 en varones y 1,9 por 1000 en mujeres entre edades de 17 a 64 años. La incidencia de apendicitis en el mundo es del 7%, una de cada 15 personas la presentara en alguna etapa de su vida, mayormente entre los 20 a 30 años, el 2% en menores de 2 años, en preescolares y escolares la incidencia de perforación es del 30 al 60% por demora en el diagnóstico. La mortalidad de apendicitis perforada es del 5% (KOHAN Roberto, et al 2012).

1.2.4. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS

Se realizó un estudio en 214 pacientes egresados con el diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda del Servicio de Cirugía General en el Hospital General Docente “Comandante Pinares” de San Cristóbal durante 2004. De ellos, 33 fueron del sexo femenino y 181 masculinos; 30,8 % estaba en la tercera década de la vida. Los síntomas de dolor, vómitos y fiebre, en ese orden, prevalecieron en el cuadro clínico preoperatorio, el leucograma fue positivo en 69,1% de los pacientes, la forma anatomopatológica supurada fue la más frecuente encontrada. Las complicaciones

estuvieron presentes en 13 % de los operados y la infección de la herida resultó la de mayor porcentaje (CANALES FH. 2005).

1.2.5. FACTORES DE RIESGO.

- **Edad:** Su frecuencia asciende en pico desde los dos años hasta los once, luego declina hasta los quince para disminuir rápidamente a partir de esa edad. Esto se produce porque en edades jóvenes el organismo es más propenso a inflamarse los folículos linfoides apendiculares, por ello la mayoría de casos de apendicitis suceden entre 10 y 20 años de edad. En los ancianos, la frecuencia de apendicitis esta originada frecuentemente por el déficit de irrigación sanguíneas en el apéndice, y también por enfermedades sobreañadidas y por estar relacionado con una mayor incidencia de perforaciones apendiculares en el momento operatorio.
- **Sexo,** se ha podido comprobar que la apendicitis se presenta en el sexo masculino más que en el femenino, aún se desconoce las razones.
- **Genético,** es mayor el riesgo de presentarse apéndice, si los familiares de primer grado de consanguinidad la han presentado. Esto se observa en los menores de 6 años.
- **Hábitos alimentarios,** la falta de consumo de fibra y agua retrasa el tránsito de las heces en el tubo digestivo, disminuyendo la presión en el colon.
- **Embarazo.-** A partir del tercer mes el útero crece y se produce un rechazo hacia la apéndice, porque la pared abdominal esta tensa y hay menor irrigación (http://www.clinicasantamaria.cl/noticias/noticia_muestra).

1.2.6. FISIOPATOLOGÍA.

La apendicitis es un proceso evolutivo, secuencial de ahí que las diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que suelen encontrarse y que dependerá del momento o fase de la enfermedad en que es abordado el paciente, todo empieza al obstruirse la luz apendicular provoca hipersecreción y distensión del apéndice, dificultando el retorno venoso, linfático y sobrecrecimiento bacteriano e invaden la pared, aumenta la distensión comprometiendo arterial que deriva en la isquemia apendicular, si esto llega a producirse se denomina apendicitis gangrenosa, que puede transformarse en una perforada, dando lugar a una peritonitis difusa.

1.2.7. ETIOPATOGENIA.

Las causas de la apendicitis son muy variadas, las más comunes:

- **Parasitosis:** Es una infección producida por oxiuro que por acción traumática, de expoliación irritativa e inflamatoria y finalmente infecciosa que se alojan en el **aparato digestivo**.
- **Residuos de alimentos:** Las semillas son los principales alimentos que se quedan atrapados en el intestino lo que obstruye, produce fermentación, putrefacción, acidificación, por lo que no hay buena irrigación del apéndice inflamándola.
- **Estreñimiento:** La acumulación de heces fecales debido a un intestino perezoso produce los cálculos ester-coráceos, masas ovoideas de materias fecales endurecidas llamadas apendicolitos o fecalitos, La formación del fecalito se inicia con el atrapamiento de fibra vegetal en la luz apendicular lo que estimula la secreción y precipitación de moco rico en calcio.
- **Hiperplasia de folículos linfoides apendiculares:** Al igual que las amígdalas, de manera mucho más frecuente el apéndice sufre infecciones,

reaccionando con una inflamación, aumentando su volumen y termina obstruyendo el conducto interno (luz) e inflamando el órgano completamente derivando en una apendicitis.

- **Tumor:** Tumores o estenosis: son supremamente raros, alrededor del 1%, siendo más frecuente en ancianos y presentándose el tumor carcinoide como la neoplasia más común del apéndice (PLAN DE CUIDADOS apendicitis. 2010).

1.2.8. FASES ANATOMOPATOLÓGICAS.

- **APÉNDICE CATARRAL:** Es cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular, se acumula la secreción mucosa se extiende el lumen, este aumento produce una obstrucción venosa, acumulo de bacterias y reacción del tejido linfoide que produce un exudado plasmoleucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales, congestionando y edematizando la capa serosa.
- **APENDICITIS FLEMONOSA O SUPURATIVA:** la mucosa presenta pequeñas ulceraciones y es completamente destruida, siendo invadida por enterobacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento en la luz y una infiltración de leucocitos, neutrófilos, y eosinofilos, en todas las tunicas incluyendo la serosa que se muestra intensamente congestiva, edematosa, rojiza y con un exudado fibrinopurulento en su superficie, con difusión del contenido purulento intraluminal hacia la cavidad libre abdominal.
- **APENDICITIS GANGRENOSA O NECRÓTICA:** Cuando el proceso flemonoso es muy intenso la congestión y distensión produce anoxia de tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias (E. colitis,

enterococcus), y a su vez el aumento de la flora anaeróbica que lleva a una necrobiosis total. La superficie de la apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro con microperforaciones, aumenta el líquido peritoneal que puede ser purulento de color fecaloideo.

- **APÉNDICE PERFORADA:** Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace purulento de olor fétido (SARZOSA JARAMILLO Germania, et al. 2018).

1.2.9. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- **Dolor abdominal,** principal elemento clínico de esta patología, suele ser difuso tipo cólico localizado en el epigástrico o periumbilical al inicio, el cual evoluciona en 4 a 6 horas que se traslada, al cuadrante inferior derecho, se acentúa al palpar el punto de McBurney, puede acompañarse de contractura o empastamiento local y de manifestaciones urinarias. En el niño, cuanto más pequeño resulta difícil localizar el sitio del dolor. El cambio de localización del dolor, se intensifica, el paciente siente la sensación de desgarramiento, indica formación de exudado alrededor del apéndice inflamado.
- **Anorexia,** se presenta en el 90 – 95 % de los casos como primer síntoma, incluso antes del dolor.
- **Náuseas y vómito,** se presenta después del dolor, la mayoría suele presentarlo por 1 – 2 ocasiones. es más frecuente en niños.
- **Constipación.**

- **Diarrea**, es producida cuando está cerca del sigmoides. Es más frecuente en niños.
- **Facias peritoníticas** (facias pálidas con tinte terroso).
- **Hipertermia** (38°C.), se da cuando hay supuraciones o perforaciones.
- **Taquicardia** de 150 X´
- **Signo de Bloomberg**, provocado al descomprimir bruscamente la fosa iliaca derecha.
- **Signo de Cope**, aumenta dolor al realizar flexión activa de la cadera derecha.
- **Hiperestesia cutánea** en fosa iliaca.
- **Puiria o hematuria** en Orina (VELASCO María de Lourdes, et al.2007).

1.2.10. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de apendicitis aguda es esencialmente clínico basado en síntomas y signos. El diagnóstico precoz de la apendicitis aguda permite una evolución óptima con un porcentaje muy bajo de morbilidad y nulo de mortalidad.

En los casos en que el diagnóstico de apendicitis aguda no es muy claro se debe recurrir a algunos exámenes de laboratorio o por imágenes que pudieran ayudar al diagnóstico. Los más utilizados son:

- **Recuento de leucocitos:** Cifras superiores a un recuento superior a 15.000 por mm³, la probabilidad de una apendicitis aguda es de alrededor de un 70%, sin embargo no necesariamente significa que el paciente tenga una apendicitis aguda y la ausencia de leucocitosis no descarta el diagnóstico.

- **Ecografía abdominal:** Sólo se debe recurrir a este examen en los casos de duda diagnóstica es una ayuda más que el cirujano puede tener. Pero no hay que olvidar que la toma de decisiones es fundamentalmente clínica. A la ecografía se le ha atribuido una alta sensibilidad y especificidad, pero al revisar estas series la gran mayoría de los pacientes tenían apendicitis perforada y flemonosa.
- **Tomografía de abdomen selectiva:** Con ella se puede visualizar el apéndice inflamado, es un medio de diagnóstico altamente sensible para esta patología.
- **Laparoscopia diagnóstica:** Método que permite visualizar directamente la cavidad abdominal (MORALES RAMON Eloísa).

1.2.11. TRATAMIENTO:

El tratamiento inicial: Se basa en compensar el estado general y hemodinámico del paciente.

- **Líquidos endovenosos:** se inician con cristaloides isotónicos a volúmenes adecuados y de acuerdo al grado de deshidratación.
- **Antibioticoterapia:** Con ella se cubren los gérmenes más frecuentes, se suele iniciar antes del proceso quirúrgico.
- **Analgésicos y antipiréticos:** Se administran cuando el diagnóstico está realmente confirmado.

Tratamiento quirúrgico: se define de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad, estado clínico del paciente y disponibilidades técnicas institucionales. El tratamiento puede ser por una cirugía abierta (laparotomía) o laparoscópica.

Frente a una apendicitis aguda con apéndice perforado o absceso apendicular la cirugía debe ser siempre abierta (HURTADO RÍOS William. GUERRERO MORAN Alida 2001).

1.2.12. COMPLICACIONES.

Cuando el orificio interior del apéndice se tapa, éste continúa secretando líquidos intestinales, esto provoca que su presión interna aumente, se inflame y se infecta con bacterias. Por lo mismo, si no se consulta o no se hace el correcto diagnóstico a tiempo, con el transcurso de las horas el apéndice se puede hinchar hasta perforarse. Tal situación genera severas complicaciones que pueden, incluso, provocar la muerte del paciente afectado. Algunas son:

- **Peritonitis:** corresponde a una peligrosa infección en el interior del abdomen, se produce cuando se perfora el apéndice, liberando materia fecal y material purulento a la cavidad abdominal. Cuando ocurre esta situación suele presentarse síntomas como: náuseas, vómitos, fiebre y taquicardia.
- **Shock o Choque Séptico:** es una disminución en la presión arterial potencial, debido a bacterias en la sangre que impide que el flujo sanguíneo llegue de forma adecuada a los órganos. Puede provocar una falla orgánica generalizada (MCCLOSKEY DOCHTERMAN Joanne. M. BULECHEK Gloria Edición: 4ta. P: 499 - 715).
- **Plastrón apendicular:** El paciente presenta dolor abdominal semanas antes y se presenta ante una apéndice gangrenosa o que ya se ha perforado, el

peritoneo crea una zona defensiva alrededor para evitar que se disemine la infección, por lo que se palpara una masa dolorosa al presionar la fosa iliaca derecha en la exploración física. Frente al plastrón apendicular lo mejor es tratarlo con reposo físico, digestivo y antibióticos; si existe buena respuesta se realizara una apendicectomía electiva dentro de 1 meses del episodio. Pues se ha observado que las cirugía realizadas con el plastrón apendicular, hay mayor morbilidad (VILLAMIZAR BELTRÁN Pedro).

1.2.13. PREVENCIÓN.

- El tratamiento consiste en una limitada prevención, mediante la utilización de: Alimentos ricos en fibras, que faciliten un mayor movimiento de las heces; entre ellos, frutas, verduras y cereales.
- Especialistas en salud natural recomiendan mantener bajos los niveles de stress, descanso Se recomienda comer más veces al día y menos porciones de alimentos, evitar los alimentos a base de azúcares refinados, los embutidos, lácteos y sus derivados, pues estos alimentos predisponen a la acumulación de toxinas en los intestinos, estos productos podría producir inflamaciones en los órganos.
- Evitar purgantes o laxantes fuertes, ya que en los períodos de inflamación aguda podrían provocar perforación del apéndice.
- Antibióticos que prevengan la proliferación de microorganismos en el aparato digestivo responsables de infecciones (19).

CAPITULO II

2. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El Plan de Cuidados de Enfermería es el instrumento que dirige, en forma ordenada y continua, las actividades de enfermería, hacia metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con los clientes con apendicitis. Los cuidados de enfermería son integrales vemos al paciente como un ser bio-psico-social, e implica a la familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos.

El Plan es un instrumento dinámico y flexible que empieza con el primer contacto con el paciente y se adapta en forma continua a medida que cambie la situación del paciente. Debe extenderse a los aspectos de promoción, prevención, curación y restauración de la salud (HURTADO RÍOS William. GUERRERO MORAN Alida. 2001).

2.1. VALORACIÓN:

Esta fase va dirigida al registro de aquellos hechos, fenómenos o datos que permitan conocer y analizar lo que realmente sucede en el individuo en relación a su salud; esto permite que la enfermera prevea y planea sus acciones acordes a una realidad, con ella se recoge, valida todos los datos emitidos por el paciente y los exámenes complementarios.

Es importante mencionar que en la etapa de recolección de datos, registro y análisis, los conocimientos científicos y experiencias previas de la enfermera juegan un papel importante, esto la favorece en tal forma, que permite descubrir la causa o causas de las necesidades y/o problemas, y así llegue fácilmente a formular el diagnóstico de enfermería (KOHAN Roberto et al. 2012).

DATOS DE INGRESO:

Nombre:.....

Sexo..... Edad:..... Fecha de nacimiento:.....
Estado civil:..... Procedencia..... Escolaridad.....
Profesión..... Religión..... Acompañante:.....
Fecha de Ingreso:.....
Hora de Ingreso.....
Motivo del Ingreso.....

Antecedentes Patológicos:

.....

Antecedentes Quirúrgicos:

.....

Antecedentes Alérgicos:

.....

Hábitos psiactivos:

Tabaco..... Alcohol..... Drogas.....

Uso de Medicamentos actuales:.....

Antecedentes patológicos familiares:

.....

ANAMNESIS:

Motivo del ingreso:

.....

Horas de evolución de la patología:.....

Problemas encontrados:

- Referencia de dolor en epigastrio.

- Presenta estreñimiento de aproximadamente 5 días.
- Sensación nauseas.
- Dolor al descomprimir en región de fosa iliaca.
- Resultados de examen de formula leucocitaria (leucocitosis de 15000).
- Fiebre de 38,5°C.
- Taquicardia. 94X´
- Normotenso. 121/50
- FR: Eupneíco 18X´
- SPO2 : 98%
- Temor a no saber qué va a pasar con su salud.

EXAMEN FÍSICO:

Cabeza:..... Mucosas:..... Escleróticas:.....
 Pupilas:..... Fosas nasales:..... Lengua.....
 Tórax..... Abdomen:..... genitales.....
 Tono y fuerza muscular:.....

Al tomar esta información la enfermera debe seleccionar aquellos datos que sean de utilidad para planear y modificar su atención y que sirvan de base para evaluar los resultados de las actividades de enfermera.

2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Para emitir el diagnóstico de enfermería se llega primeramente mediante la selección de información en relación a la condición médica del paciente, a la información en

relación con hechos psicológicos sobresalientes del paciente y a la información concerniente al paciente como individuo.

El diagnóstico de enfermería no interfiere con el diagnóstico médico, sino por el contrario, ambos deben complementarse para llegar al conocimiento profundo del paciente y así poder iniciar un plan de acción efectivo. Con se indica las respuestas significativas que el paciente va dando durante las diferentes fases de su enfermedad (apendicitis).

- Dificultad de autocuidado, relacionado con incontinencia y estreñimiento.
- Alteración de la nutrición, relacionada con náuseas y vómito y disminución peristáltica.
- Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud.
- Déficit de conocimiento relacionado con las expectativas operatorias.
- Dolor relacionado con la inflamación de apéndice.
- Intolerancia a la actividad relacionada con el dolor (WONG PUJADA Pedro et al.)

2.3. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS:

Este paso comprende la determinación de las soluciones, o sea la consideración de los medios y métodos posibles para dar la atención de enfermería requiere de la coordinación entre los integrantes del equipo de salud. Se considera que la planeación está compuesta por: formulación de objetivos y acciones.

OBJETIVOS:

Con ellos la enfermera busca satisfacer las necesidades de los pacientes con apendicitis.

- Cubrir necesidades de autocuidado.
- Mantener una constante identificación del paciente.
- Facilitar acceso de fármacos endovenosos.
- Disminuir el grado de dolor.
- Proporcionar confianza al paciente.
- Informar al paciente o familiar sobre los procedimientos clínicos a realizar.
- Mantener hemodinámicamente estable al paciente.
- Otorgar información al médico verificando realización exámenes con ayudas diagnósticas (Ecografía, TAC de abdomen, resultados de exámenes hematológicos y de orina).

ACCIONES DEL PLAN DE CUIDADO:

Son las tareas específicas que hay que realizar para transformar en realidad los objetivos, o dicho con otras palabras son las acciones o actividades, a veces llamadas ordenes de enfermería, encaminadas al logro de los objetivos trazados, tomando en cuenta los recursos existentes para su aplicación.

Se escriben con el fin de ordenar y proveer continuidad en la atención de enfermería, por lo tanto, deben estar expuestos donde quienes intervengan en la atención del paciente, tengan fácil acceso a ellas, el kardex es uno de los lugares más prácticos para anotar las acciones.

En todo momento deberán responder a la condición del paciente, familia. Además, deben ser extensivas al hogar, pues consideramos que la atención de enfermería no debe centrarse únicamente en la fase de curación, sino que deben abarcar todas las etapas del proceso salud-enfermedad.

Las acciones deben reflejar el resultado de un esfuerzo combinado entre paciente y equipo de salud, ya que como dijimos anteriormente, sin la participación de todos estos elementos es difícil alcanzar los objetivos trazados.

A continuación se mencionan las siguientes acciones destinadas a satisfacer las necesidades de pacientes con apendicitis:

- Presentación, orientación.
- Valoración de enfermería.
- Establecer plan de cuidado.
- Protección de derechos del paciente.
- Proporcionar al paciente sus derecho y obligaciones
- Proteger intimidad.
- Mantener confidencialidad.
- Observar nivel de conciencia, para detectar posible shock.
- Control estricto de ingesta y eliminación.
- Mantener el paciente en posición semifowler, para disminuir distres respiratorio por la distensión abdominal.
- Asegurar administración de eméticos.
- Lavar cara y boca durante vomito.
- Mantener la sonda nasogástrica permeable.
- Control de electrolitos y líquidos.
- Control de cantidad, características y frecuencia de deposiciones.
- Educar al paciente y familia sobre la clínica de la patología.
- Observar signos y síntomas de la infección.

- Control de constantes vitales.
- Control de temperatura corporal.
- Realización de los exámenes complementarios.
- Cambios posturales.
- Informar al médico.
- Valorar intensidad del dolor.
- Vigilar efectos adversos del dolor.
- Explicar los procedimientos.
- Brindar confianza (OCÉANO MOSBY. 2001).

2.4. EJECUCIÓN DEL PLAN.

Esta consiste en la ejecución y/o delegación de las actividades para lograr los objetivos de la atención planeada. Las acciones deben estar basadas en principios científicos para que proporcionen una atención de calidad. Durante la implementación del plan, intervienen todos los niveles del personal de enfermería para lograr los objetivos trazados.

CRITERIOS DE RESULTADOS DEL NOC	INTERVENCIONES DEL NIC
Intervención propia de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación, orientación. • Valoración de enfermería.

<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de ingreso. • Protección de derechos del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer plan de cuidado. • Protección de derechos del paciente. • Proporcionar al paciente su derecho y obligaciones. • Proteger intimidad. • Mantener confidencialidad.
<p>CRITERIOS DE LOS RESULTADOS DEL NOC</p> <p>Nauseas.</p>	<p>INTERVENCIONES DEL NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar administración de eméticos. • lavar cara y boca durante vomito. • control de electrolitos y líquidos.
<p>Eliminación intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidades de heces. • Facilidad de eliminación de heces. <p>Riesgo de infección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de riesgo de infección 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de cantidad deposiciones. • Control de características. • Frecuencia. • Educar al paciente y familia sobre la clínica de la patología.

<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer factores de riesgo <p>Dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel del dolor • Control del dolor <p>Temor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación al hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de la infección. • Control de constantes vitales. • Control de temperatura corporal. • Realización de los exámenes complementarios. <ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales. • Informar al medico • Valorar intensidad del dolor. • Vigilar efectos adversos del dolor. <ul style="list-style-type: none"> • Explicar los procedimientos. • Brindar confianza.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.5. EVALUACIÓN:

Para evaluar, enfermería tiene como marco de referencia los objetivos al medir el logro de las metas trazadas siguiendo las actividades correspondientes a los cuidados del paciente para apreciar sus reacciones a los mismos. La evaluación es

continua, se utiliza los resultados para retroalimentar, haciendo ajustes en cada fase del proceso para adaptar la atención de enfermería. Así pues en los pacientes con apendicitis se debe evaluar:

- Se cubrió las necesidades de autocuidado.
- Se identificó constantemente al paciente por su nombre.
- Se administró los fármacos endovenosos según lo indicado.
- El dolor se logró bajar un poco su intensidad.
- El paciente depositó su confianza en el personal, colaborando en los procedimientos.
- Se mantuvo estabilidad hemodinámica en el paciente.
- Se realizaron los exámenes bioquímicos y radiológicos (GAVILÁN YODÚ Ronald

Luis. 2006 - 2008).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1. DISEÑO DE ESTUDIO.

El estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal para determinar prevalencia de apendicitis en pacientes atendidos en el hospital Teófilo Dávila durante el 2012, a fin de intervenir con un programa de prevención de complicaciones por apendicitis, en pacientes que acuden a la consulta externa y disminuir el índice de morbimortalidad.

ÁREA DEL ESTUDIO.

Se estableció como área de estudio el Hospital “Teófilo Dávila” que se encuentra en la ciudad de Machala, en las calles Buenavista y Boyacá, geográficamente situado en la provincia de El Oro, al Sur de la faja costera del Ecuador. Esta institución de salud es el primer centro hospitalario de especialidades y salas de emergencia quirúrgicas, para otorgar atención a los clientes que acuden por atención de salud.

UNIVERSO.

Está constituido por 219 casos de pacientes que han presentado apendicitis durante el año 2012.

MUESTRA:

Fueron 79 casos de pacientes que presentaron apendicitis, y conto con el nivel de confianza del 99%, con el 1% de margen de error. A continuación se detalla la fórmula utilizada para sacar la muestra.

FORMULA DE SELECCIÓN DE MUESTRA:

$$m = \frac{N Z^2 (p*q)}{e (N-1) + Z^2 (p*q)}$$

N: Universo. 219

Z 2: Nivel de confianza: (2,57) 2

e: Margen de error: 0,1

p: Prevalencia: 0,5

q: Incidencia: 0,5

$$m = \frac{219 * 6,6049 * 1}{0,1 * 118 + 6,6049} = 1446,4 = 78,6 = \mathbf{79} \text{ casos de apendicitis}$$

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se tomó en cuenta solo casos de apendicitis.
- Casos atendidos durante el año 2012.

- Están inmersos todos ambos genero sexual.
- Entraron en el estudio los casos de apendicitis de cualquier edad.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Casos que no fueron apendicitis.
- Casos fuera del periodo de estudio.

ASPECTO ÉTICO:

Eestuvimos enmarcados legalmente, se solicitó el debido permiso a las siguientes autoridades de la institución, dando a conocer los objetivos del estudio y beneficios:

- Al gerente de la institución hospitalaria, quien otorgo el permiso respectivo para realizar el estudio investigativo, la intervención durante los meses de Agosto a Octubre del 2013.
- A la líder del servicio de Aseguramiento de la calidad de la institución.
- Al líder del servicio de Consulta externa, para donde se realizó la intervención.

3.2. ETAPA DE INVESTIGACIÓN.

PROCEDIMIENTOS.

- Se obtuvo información científica actualizada que sustentará la investigación, fue extraída desde bibliotecas virtuales. Scielo, revistas científicas y textos.
- Se aplicó el método científico y la observación directa con la que se indaga las variables a intervenir.
- Se midieron las variables a intervenir en forma cualitativa y cuantitativa.
- Se obtuvo los datos directamente de fuentes secundarias (historia clínica) durante los meses de Agosto a Octubre del 2013.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS:

Se obtuvo la información mediante la técnicas: indagativa, observación; los instrumentos utilizados fueron: formulario de registro clínico con preguntas relacionadas a las variables sujetas de estudio.

3.3. TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

La tabulación de datos recolectados se hizo bajo la estadística, expresados en porcentajes, presentados en cuadros de doble entrada. Se analizaron los datos emitiendo las conclusiones y recomendaciones. Todo fue elaborado bajo los programa Excel, y Microsoft Word.

RECURSOS.

- **Recurso humano:** investigadores, personal del servicio de Aseguramiento de la calidad del Hospital Teófilo Dávila.
- **Recurso material** fueron: formulario de registro clínico, lápices, borradores, computadora, impresora.

3.4. INTERVENCIÓN:

El análisis del contexto investigativo revela la prevalencia de la apendicitis, posteriormente se realizó un programa educativo, dirigido a los clientes que acudieron a la consulta externa, al proporcionar conocimiento preventivos, y reconocer signos de alarma de apendicitis en sus familiares, esperando de esta manera contribuir en la reducción de la morbimortalidad de la población.

RECURSOS Y MATERIALES.

- **El recurso humano:** se contó con un facilitador quien dictó la charla educativa, conto con la presencia de los autores del estudio, enfermera encargada del servicio de consulta externa.

- **Los materiales:** Proyector, computadora, diapositivas, formulario de pre-test y post test, formulario de registro de cobertura, cámara fotográfica, trípticos, lápices, marcadores, papelería.

3.5. EVALUACIÓN:

Con ella se determina el impacto del programa educativo aplicando los siguientes indicadores.

Indicador de Proceso: Se probó la eficiencia midiendo:

- Calidad de los materiales educativos (material audiovisual, contenidos, trípticos).
- Claridad de exposición del facilitador.
- Material audiovisual.
- Claridad de exposición.
- Ambiente donde se realizará la charla.

Indicador de producto: Midió:

- Cumplimiento de objetivos
- Cumplimiento de actividades.
- Calidad de las actividades.

Indicador de impacto:

- Probar la eficacia del programa educativo.
- Cobertura.
- Actitud de los asistentes, para saber el apoyo que ha tenido el programa.

- Conducta de participación de los integrantes del grupo.
- Grado conocimientos del grupo a intervenir, antes y después.
- Recomendaciones o sugerencia, para conocer en que ha fracasado la intervención.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DIEMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Características sociodemográficas Cualidades propias de cada individuo que presento apendicitis.	Grupo étnico	% del grupo étnico al que pertenecen los pcts con apendicitis	Blanco
			Mestizo
			Afroecuatoriano
			Indígena
	Nivel de educación	% de nivel de educación de los pcts con apendicitis	Primaria completa
			Primaria incompleta
			Secundaria completa
			Secundaria incomplet.
			Superior
			Ninguna
Actividad laboral	% de actividad laboral que tuvieron los pacientes con apendicitis.	Comerciante	
		Empleados	
		Estudiantes	
		Ama de casas	
Procedencia	% del lugar de procedencia de los pcts., con apendicitis.	Urbana	
		Suburbana	
		Rural	
Etiología Causas que originan la apendicitis	Causas	% de las causas que originaron el cuadro de apendicitis	Infecciones por parásitos
			Residuos alimentos
			Estreñimiento
			Hiperplasia de folículos linfoides apendiculares.
			Tumores
Factores de riesgo Características que predisponen la presentación de apendicitis.	Edad	% de la edad de los pcts con apendicitis	0 - 10 años
			11 - 20 años
			21 - 30 años
			31 - 40 años
			41 - 50 años
			51 años y más

	Genero sexual	% del genero sexual de los pcts con apend.	Masculino
			Femenino
	Embarazo	% de casos de embzds con apendicitis	SI
			NO
	Antecedentes familiares	% de casos con antecedentes familiares de apendicitis.	Padre
			Madre
	Consumo de fibra	% de pacts que consu - men fibra	SI
			NO
Apendicitis	Fase	% de fase anatomopa - tologica que presentaron los casos de apendicitis	Supurativa o flemonosa
Inflamación del apendice.	anatomopatológica		Catarral
			Gangrenosa o necrotica
			Perforativa
	Tiempo de evolución de la sintomatología	% del tiempo de evolución de la sintomatología	0 - 24 horas
			24 - 48 horas
			48 - 72 horas
	Sintomatología	% de sintomatología presentada por los pacientes con apendicitis	Dolor fosa iliaca derecha leve
			Dolor intenso Abd.
			Vomito
			Hipertermia
			Febrícula.
			Abdomen tenso
			Leucitosis de 10000 a 150000 mm3
			Leucocitosis más de 15000 mm3.

HIPÓTESIS.

La alta prevalencia de apendicitis se produce por el desconocimiento de los signos y síntomas en los pacientes.

VARIABLES.

Dependientes:

Apendicitis (Fases anatomopatológicas. tiempo de evolución y sintomatología.).

Independientes:

1. Características sociodemográficas.
2. Causas.
3. Factores de riesgo.

CAPITULO IV

PROCESAMIENTO DE DATOS.

4.1. RESULTADO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN.

CUADRO N°- 1

GRUPO ÉTNICO DE PACIENTES CON APENDICITIS ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

GRUPO ÉTNICO	N°-	%
Blanco	19	24
Mestizo	48	60
Afroecuatoriano	10	13
Indígena	2	3
TOTAL	79	100

FUENTE: Historias clínicas.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: En el cuadro se puede identificar que 60% de los casos de apendicitis corresponde al grupo étnico mestizo, 3% a la etnia indígena. Demostrando alto predominio de esta patología en el grupo étnico mestizo, que en el grupo indígena.

CUADRO N°- 2

NIVEL DE EDUCACIÓN DE PACIENTES CON APENDICITIS ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

NIVEL DE EDUCACIÓN	N°-	%
Primaria completa	22	28
Primaria incompleta	37	47
Secundaria completa	7	8
Secundaria incompleta	5	6
Superior	6	8
Ninguna	2	3
TOTAL	79	100

FUENTE: Historias clínicas.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: En el cuadro se puede observar que 47% de los casos de apendicitis se trató de pacientes cuyo nivel de educación era primaria incompleta, y 3% de los casos sin ningún nivel educativo. Identificando alto porcentaje de pacientes con primaria incompleta, y mínimo casos sin ningún nivel educativo.

CUADRO N°- 3

ACTIVIDAD LABORAL DE PACIENTES CON APENDICITIS ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

ACTIVIDAD LABORAL	N°-	%
Comerciante	13	17
Empleado	8	10
Estudiante	39	49
Q. domesticos	14	18
Ninguna	5	6
TOTAL	79	100

FUENTE: Historias clínicas.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: En el presente cuadro se evidencia que en el 49% de los casos de apendicitis se trató de pacientes que eran estudiantes, y un 6% correspondió a quienes sin ninguna actividad laboral. Pudiendo identificar que los más afectados fueron estudiante, y en bajo porcentaje en aquellos que carecían de actividad laboral.

CUADRO N°- 4

PROCEDENCIA DE PACIENTES CON APENDICITIS ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

LUGAR DE RESIDENCIA	N°-	%
Urbana	23	29
Suburbana	41	52
Rural	15	19
TOTAL	79	100

FUENTE: Historias clínicas.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: En el presente cuadro 52% de los casos de apendicitis corresponde a pacientes residentes en zona suburbana, y 19% procedían de zonas rurales. Hallando mayor porcentaje de casos en los pacientes que venían de zona suburbana, predominando menos en los residentes rurales.

CUADRO N°- 5

CAUSAS DE APENDICITIS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

CAUSAS	N°-	%
Residuos de alimentos	3	4
Estreñimiento	4	5
Hiperplasia de folículos linfoides apendiculares.	72	91
TOTAL	79	100

FUENTE: Historias.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: En el presente cuadro se observa que 91% de los casos de apendicitis ocurrieron a causa de hiperplasia de los folículos linfoides apendiculares, 4% fueron causados por acumulación de residuos de alimentos. Partiendo del análisis se establece que la mayor causa que genero los cuadros de apendicitis fue por hiperplasia de los folículos linfoides apendiculares, y muy escasos por residuos de alimentos.

CUADRO N°- 6

ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y CASOS DE APENDICITIS ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

EDAD	FASE ANATOMOPATOLÓGICA									
	Congestiva		Supurativa		Necrótica		Perforativa		TOTAL	%
	N°-	%	N°-	%	N°-	%	N°-	%		
0 - 10 años	6	7,6	15	19	2	2,5	1	1	24	30
11 - 20 años	13	16	13	16	1	1,3	0	0	27	34
21 - 30 años	6	7,6	2	2,5	0	0	0	0	8	10
31 - 40 años	5	6,3	3	3,8	1	1,3	1	1	10	13
41 - 50 años	1	1,3	0	0	5	6,3	2	3	8	10
Más 51 años	0	0	0	0	1	1,3	1	1	2	3
TOTAL	31	39	33	42	10	13	5	6	79	100

FUENTE: Historias.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: Se evidencia que 34% eran casos de pacientes en edades comprendidas entre 11-20 años, predominando en el 16% de ellos la fase congestiva, 3% correspondió al grupo de más de 50 años, presentando el 1% la fase perforativa. Identificando a la edad entre 11 – 20 años como el mayor factor de riesgo que incremento la probabilidad de que los pacientes padecieran apendicitis en fase congestiva.

CUADRO N°- 7

GENERO SEXUAL	FASE ANATOMOPATOLÓGICA									
	Congestiva		Supurativa		Necrótica		Perforativa		TOTAL	%
	N°-	%	N°-	%	N°-	%	N°-	%		
Femenino	13	16	15	19	2	2,5	3	4	33	42
Masculino	18	23	18	23	8	10	2	3	46	58
TOTAL	31	39	33	42	10	13	5	6	79	100

ASOCIACIÓN ENTRE GÉNERO SEXUAL Y CASOS DE APENDICITIS ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

FUENTE: Historias clínicas.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: En el presente cuadro se establece alta prevalencia de apendicitis en el sexo masculino al presentarse en 58% de los casos, presentando 23% la fase supurativa, y en 19% de los casos en el sexo femenino. Identificando al género masculino como el más afectado, por lo que se consideró el factor de riesgo que incremento la probabilidad de que los pacientes presentaran esta patología, que estuvo afectando en menor porcentaje al sexo femenino.

CUADRO N° - 8

RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA Y LAS FASES ANATOMOPATOLÓGICAS DE CASOS DE APENDICITIS ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

HORAS DE EVOLUCIÓN CLÍNICA	FASE ANATOMOPATOLÓGICA									
	Congestiva		Supurativa		Necrótica		Perforativa		TOTAL	%
	N°-	%	N°-	%	N°-	%	N°-	%		
0 - 24 horas	21	26	8	10	2	3	0	0	31	39
24 - 48 horas	7	9	25	32	7	9	4	5	43	54
48 - 72 horas	3	4	0	0	1	1	1	1	5	7
TOTAL	31	39	33	42	10	13	5	6	79	100

FUENTE: Historias clínicas.

ELABORADO: Egodos: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe.

ANÁLISIS: En el presente cuadro se evidencia que 54% de los casos de apendicitis presentaron una evolución clínica entre 24 – 48, por lo cual en el 32% predominó la fase anatomopatológica supurativa, el 10% se halló entre 0 – 24 horas de evolución. Por lo que se determina que existe mayor relación entre 24 – 48 horas de evolución clínica al hallar alto porcentaje de casos en fase supurativa, y menor relación entre 0 – 24 h, lo que demuestra que mientras más rápido sean atendidos los pacientes menor complicación tendrá.

CUADRO N°-9

SINTOMATOLOGÍA EN CASOS DE APENDICITIS ATENDIDAS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2012.

SINTOMATOLOGÍA	FASES ANATOMOPATOLÓGICA								TOTAL	%
	CONGESTIVA		SUPURATIVA		NECROTICA		PERFORATIVA			
	N°-	%	N°-	%	N°-	%	N°-	%		
Dolor en fosa iliaca derecha	8	10	0	0	0	0	0	0	8	10
Dolor intenso en fosa iliaca derecha	7	9	11	14	4	5	0	0	22	28
Abdomen doloroso tenso	0	0	0	0	2	2	2	2	4	5
Febrícula	3	4	0	0	0	0	0	0	3	4
Hipertemía	0	0	7	9	2	3	1	1	10	13
Leucitosis de 10000 - 15000mm ³	13	16	15	19	0	0	0	0	28	35
Leucitosis más de 15000mm ³	0	0	0	0	2	3	2	3	4	5
TOTAL	31	39	33	42	10	13	5	6	79	100

FUENTE: Historias clínicas.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: El presente cuadro refleja que de 100% de los casos de apendicitis, 42% se encontraron en fase supurativa, presentando sintomatología atípicas con esta fase, el 19% presentaron leucocitosis entre 10000 – 15000 mm³, 14% dolor intenso en fosa iliaca derecha, 9% hipertermia.

4.2. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN.

CUADRO N°- 1

CLARIDAD EXPOSITIVA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN	N°-	%
SI	75	95
NO	4	5
TOTAL	79	100

FUENTE: Encuesta.

BENEFICIADOS: 79 usuarios de la consulta externa del HTD.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: El 95% de asistentes a la charla ejecutada, manifestaron la exposición si lleno sus expectativas sobre esta patología. El 5 % manifestaron no comprender el proceso patológico por su complejidad. En conclusión los contenidos en la mayoría de los asistentes fueron claros.

CUADRO N°- 2

CALIDAD DE CONTENIDOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO“ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

CALIDAD DE CONTENIDOS	N°-	%
Excelente	73	92
Muy bueno	2	3
Bueno	4	5
Regular	0	0
TOTAL	79	100

FUENTE: Encuesta.

BENEFICIADOS: 79 clientes de la consulta externa del HTD.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: 92% de clientes que asistieron a la charla educativa manifestaron que los contenidos expuestos fueron excelentes, 5% refirieron que fue buena, y para 3% fue Muy buena. Demostrando que para los asistentes los contenidos de la charla fueron de excelente calidad.

CUADRO N°- 3

CALIDAD DEL MATERIAL AUDIOVISUAL Y TRÍPTICOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

CALIDAD DEL MATERIAL AUDIOVISUAL Y TRÍPTICOS	N°-	%
Excelentes	1	1
Muy buenos	78	99
Bueno	0	0
Regulares	0	0
TOTAL	79	100

FUENTE: Encuesta.

BENEFICIADOS: 79 clientes de la consulta externa del HTD

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: 99 de asistentes al evento educativo manifestaron que el material audiovisual y trípticos fueron de Muy buena calidad, para 1% fue excelente. Estableciendo que el material fue muy motivador y de fácil comprensión.

CUADRO N°- 4

CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE SE DICTO EL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

CALIDAD DEL AMBIENTE	N°-	%
Positivamente indicado	79	100
Negativo	0	0
TOTAL	79	100

FUENTE: Encuesta.

BENEFICIADOS: 79 clientes de la consulta externa del HTD.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos

ANÁLISIS: El 100 % de los asistentes manifestaron que el ambiente donde se desarrolló el programa educativo fue positivamente el indicado.

CUADRO N°- 5

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	N°-	%
SI	2	100
NO	0	0
TOTAL	2	100

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: El 100% de las actividades programadas para el evento educativo se cumplieron en su totalidad.

CUADRO N°- 6

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	N°-	%
SI	2	100
NO	0	0
TOTAL	2	100

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Corral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: El 100% de los objetivos del evento educativo si se cumplieron en su totalidad.

CUADRO N°- 7

COBERTURA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

COBERTURA DEL EVENTO	N°-	%
Alta	79	100
Media	0	0
Baja	0	0
TOTAL	79	100

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Corral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: Se contó con el 100% de cobertura al evento educativo. Indicando aceptación por los asistentes.

CUADRO N°- 8

CONDUCTA PARTICIPATIVA DE LOS ASISTENTES DURANTE EL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

CONDUCTA PARTICIPATIVA DE ASISTENTES	N°-	%
Positiva	79	100
Negativa	0	0
TOTAL	79	100

FUENTE: Encuesta.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

BENEFICIADOS: 79 clientes de la consulta externa del HTD.

ANÁLISIS: El 100% de asistentes al evento educativo participaron positivamente durante.

CUADRO N°- 9

EXPECTATIVAS DE LOS ASISTENTES AL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

EXPECTATIVAS DE LOS ASISTENTES	N°-	%
SATISFECHAS	74	100
NO SATISFECHAS	0	0
TOTAL	74	100

FUENTE: Encuesta.

BENEFICIADOS: 79 clientes de la consulta externa del HTD.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: 100 de asistentes manifestaron que todas sus expectativas fueron satisfechas con la charla educativa.

CUADRO N°- 10

RECOMENDACIONES DE LOS ASISTENTES SOBRE EL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

RECOMENDACIÓN SOBRE EL PROGRAMA	N°-	%
Que den con más frecuencia	78	99
Que aborden diferentes temas	1	1
TOTAL	79	100

FUENTE: Encuesta.

BENEFICIADOS: 79 clientes de la consulta externa del HTD.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Coral Quishpe/ Egdos.

ANÁLISIS: 99% de asistentes recomendaron que se dicten eventos como estos con más frecuencia, el 1% que se deberían abordar variados temas. Se observó el gran interés que se creó en los asistentes.

CUADRO N°- 11

PRET - TEST DE CONOCIMIENTOS DE LOS ASISTENTES AL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

PRET - TEST DE CONOCIMIENTO	Correcto		Incorrecto		TOTAL	%
	N°-	%	N°-	%		
¿La apendicitis es una inflamación del apéndice?	7	9	72	91	79	100
¿El estreñimiento puede causar apendicitis?	7	9	72	91	79	100
¿Los niños pueden presentar apendicitis?	7	9	72	91	79	100
¿Cuándo el dolor es persistente debe acudir de inmediato donde el medico?	7	9	72	91	79	100
¿Cuándo el paciente tose o hace ejercicio se produce más dolor en el abdomen?	3	4	76	96	79	100
¿El dolor empieza a nivel de ombligo y luego se va a la ingle?	7	9	72	91	79	100
¿Puede causar complicaciones graves?	7	9	72	91	79	100

FUENTE: Encuesta.

BENEFICIADOS: 79 clientes de la consulta externa del HTD.

ELABORADO: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Corral Quishpe/ Egodos.

ANÁLISIS: 72% asistentes al evento educativo respondieron incorrectamente el pret – test de conocimiento, 7% respondieron correctamente. Indicando que un gran porcentaje de clientes desconocen sobre la apendicitis.

CUADRO N ° - 12

POST - TEST DE CONOCIMIENTOS DE LOS ASISTENTES AL PROGRAMA EDUCATIVO “ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”.

POST - TEST DE CONOCIMIENTO	Correcto		Incorrecto		TOTAL	%
	N°-	%	N°-	%		
¿La apendicitis es una inflamación del apéndice?	76	96	3	4	79	100
¿El estreñimiento puede causar apendicitis?	76	96	3	4	79	100
¿Los niños pueden presentar apendicitis?	76	96	3	4	79	100
¿Cuándo el dolor es persistente debe acudir de inmediato donde el medico?	79	100	0	0	79	100
¿Cuándo el paciente tose o hace ejercicio se produce más dolor en el abdomen?	79	100	0	0	79	100
¿El dolor empieza a nivel de ombligo y luego se va a la ingle?	79	100	0	0	79	100
¿Puede causar complicaciones graves?	79	100	0	0	79	100

FUENTE Encuesta.

BENEFICIADOS: 79 clientes de la consulta externa del HTD.

ELABORADO: Egdos: Luis. A. Quezada Fierro. Karen. G. Corral Quishpe. / Egdos.

ANÁLISIS: Al realizar el post –test el 96% de los asistentes respondieron correctamente los conocimientos sobre la apendicitis, y apenas 4% lo hizo incorrectamente. Demostrando una buena asimilación de conocimientos sobre esta patología.

CONCLUSIONES

1. Basados en el análisis de los resultados del estudio investigativo se puede concluir que en el hospital Teófilo Dávila de Machala, durante el año 2012, la prevalencia de la apendicitis fue del 34% afectando fundamentalmente al sexo masculino de edades comprendidas entre 11 – 20 años, predominando en el 16% la fase congestiva, tras un periodo de evolución clínica entre 24 – 48 horas.
2. Se identifica que poseen las siguientes características sociodemográficas: 60% a la etnia mestiza, 47% de casos los pacientes poseían primaria incompleta, y un mínimo 3% de casos sin ningún nivel educativo; 49% de los afectados fueron estudiantes, careciendo de actividad laboral el 6%. El 52% de los casos eran de pacientes que residían en zona suburbana, 19% procedían de zonas rurales. Hallando mayor porcentaje de casos con pacientes que procedían del suburbio, y en minoría aquellos que provenían de zonas rurales.
3. 91% de los casos de apendicitis ocurrieron por causa de hiperplasia de los folículos linfoides apendiculares, 4% fueron por acumulación de residuos de alimentos. Partiendo del análisis se establece que la mayor causa que genero cuadros de apendicitis fue la hiperplasia de los folículos linfoides apendiculares, y escasamente por residuos de alimentos.
4. Se evidencio que 34% fueron casos con pacientes en edades comprendidas entre 11-20 años, predominando en el 16% la fase congestiva, y 3% correspondió al grupo de más de 50 años, presentándose en el 1% la fase perforativa. Identificando la edad entre 11 – 20 años como el mayor factor de riesgo que incremento la probabilidad de que los pacientes padecieran apendicitis en fase congestiva.

5. Se establece alta prevalencia de apendicitis 58% de los casos eran de sexo masculino, presentando 23% la fase supurativa, y 19% de los casos correspondió al sexo femenino. Identificando al sexo masculino como el factor de riesgo que incremento la probabilidad de que los pacientes presentaran esta patología, y que el sexo femenino tienen menor probabilidad de presentar esta patología.
6. Se evidencio que 54% de los casos de apendicitis presentaron una evolución clínica entre 24 – 48 horas, predominando en el 32% la fase anatomopatológica supurativa, el 10% mantuvo entre 0 – 24 horas de evolución. Se determina que los casos de apendicitis en fase supurativa se hallan relacionados por mantener una evolución clínica de entre 24 – 48 horas y existe mínima relación en quienes evoluciono entre 0 – 24 h de evolución lo que demuestra que mientras más rápido sean atendidos los pacientes menor complicación tendrá.
7. Se observó que de 100% de los casos de apendicitis, 42% presentaron fase supurativa, 19% leucocitosis entre 10000 – 15000 mm³, 14% dolor intenso en fosa iliaca derecha, y 9% hipertermia. Clínica atípica con esta fase.
8. El evento educativo sirvió para comprobar que la alta prevalencia de apendicitis se produce por el desconocimiento de sus signos y síntomas, es que del 100% de asistentes que realizaron el pret- test de conocimiento sobre la clínica del cuadro apendicular, 72% dieron respuestas incorrectas, y apenas 7% correctamente. Demostrando que la hipótesis planteada resulto afirmativa al presentar alto porcentaje de clientes que desconocían la clínica de esta patología. Después del evento 96% de asistentes incrementaron conocimientos sobre la sintomatología de la apendicitis, lo que servirá para que detecten precozmente la enfermedad y busquen inmediatamente tratamiento médico, reduciendo así el riesgo de complicaciones y mortalidad.

RECOMENDACIONES

1. El apéndice tiene la misión de destruir y eliminar sustancias tóxicas contenidas en la sangre, motivo por lo cual es muy importante la higiene para mantenerlo en buen estado.
2. Promover la realización de programas educativos, permanentes en los colegios, unidades de salud dirigido a la población general encaminadas a señalar el curso de la apendicitis en particular con el fin de minimizar el riesgo de complicaciones.
3. Especialistas en salud natural recomiendan mantener bajos los niveles de stress, procurarse un descanso adecuado y mantener las emociones en calma, y es tal vez este último punto el que será más difícil conservar en una sociedad en la que la presión es una constante.
4. Mantener una dieta balanceada, comiendo más veces al día y menos porciones de alimentos, alimentos ricos en fibra, evitar los alimentos a base de azúcares refinados, los embutidos, lácteos y sus derivados, pues estos alimentos predisponen a la acumulación de toxinas en los intestinos y de acuerdo a los conocedores de terapias naturales, el exceso en el consumo de estos productos podría producir inflamaciones en los órganos.

BIBLIOGRAFÍA

ACQUES Q. León P. Diccionario/Enfermería Enciclopedia práctica, segunda edición, impreso en España Marrón S.A. 2004.

CANALES FH. PINEDA EB. ALVARADO EL.. Manual de Project Protecction and support of breast-feeding in Europe: current vitation. Public Heald Nutr. 2005

GAVILÁN YODÚ Ronald Luis. Morbilidad y mortalidad por apendicitis aguda en el hospital integral comunitario del municipio Monteagudo 2006-2008. Santiago de Cuba. http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san10810.htm

HURTADO RÍOS William. GUERRERO MORAN Alida. LILACS. Historia de la Apendicitis. Banco de información Científica médica. 2001. Guayaquil: 8 (3): 231 – 235. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

KOHAN Roberto, ZAVALA B Alejandro, ZAVALA P Beatriz, VERA O Francisco, SCHONHAUT B Luisa. Apendicitis aguda en el niño. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2013 Ago 13] ; 83(5): 474-481. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000500010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000500010>.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Manual de Infecciones Operatorias, UNICEF, edición BASICS/ECUADOR, impreso susch suchccia. Ltda Enero 2001

MCCLOSKEY DOCHTERMAN Joanne. M. BULECHEK Gloria. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). España. Editorial Elsevier. Edición: 4ta. P: 499, 549, 602, 604, 632, 640, 715

MORALES RAMON Eloísa. Apendicitis Aguda. Disponible en: <http://www.slideshare.net/chentu/apendicitis-aguda-9410127>

OCÉANO MOSBY. Diccionario de Medicina. Diagnósticos de Enfermería NANDA. Editorial: grupo Océano. España. 2001. Pág: 1453

PLAN DE CUIDADOS apendicitis ped_2010.pdf http://cuidados20.san.gva...pendicitis%2Bped_2010.pdf

PEÑA Brayhan. Apendicitis. Disponible en: <http://www.slideshare.net/babyo/apendicitis-aguda-11336866>

SARZOSA JARAMILLO Germania. MORALES VENERAS Gladys. VELOZ BALDEÓN Luz. Manual de la Enfermería. Madrid. Editorial: Cultura S.A. Ed. 2008. Cap:16: 305 -307

TUESTA NOLE Isaac. Slider Share. Apendicitis Aguda. Ecuador. 2009. Disponible en: <http://www.slideshare.net/underwear69/apendicitis-aguda-7696884>

VELASCO María de Lourdes. FERNÁNDEZ ARCHE. CANO Jaime. Manual de Urgencias Médicas. Definición de apendicitis. Editorial cultural S.A. Madrid – España. 2007, cap: 8 (137).

VARAS T. Janet. Causas de la apendicitis. 2012. Disponible en <http://www.salud180.com/jovenes/5-causas-de-la-apendicitis>

VILLAMIZAR BELTRÁN Pedro. Gastroenterología. Apendicitis Aguda. Cali. Disponible en: <http://www.sccp.org.co/plantilas/Libro%20SCCP/Lexias/gastro/apendicitis/apendicitis.htm>

WONG PUJADA Pedro. MORÓN Antonio Pedro. ESPINO VEGA Carlos. ARÉVALO TORRES Jaime. VILLASECA CARRASCO Raúl. Apendicitis Aguda. Disponible en: isbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis_aguda.htm

Páginas de Internet:

<http://www.slideshare.net/carlosgonzalezandrade14/apendicitis-y-sus-complicaciones>

http://www.clinicasantamaria.cl/noticias/noticia_muestra.asp?new=833

<http://es.shvoong.com/medicine-and-health/epidemiology-public-health/1999607-c%C3%B3mo-prevenir-la-apendicitis/#ixzz2bZrOuMmh>

http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_I/Art7_Vol11_N1.pdf

ANEXOS

ACTIVIDADES	AÑO 2013																														TOTAL DE											
	SEPT					OCTUBRE										NOVIEMBRE															HORAS											
	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3					SEMANA 4					SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3											
	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S
30	1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	1	2	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	
Tabulación de datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																										
Presentación al H. Consejo Directivo del informe final																	X	X	X	X	X	X																				
Corrección del informe final																							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Sustentación de tesis																																				X						

PRESUPUESTO DE TESIS

CANTIDAD	DENOMINACIÓN	COSTO UNITARIO	TOTAL
50	Consultas en internet	0,7	35
100	Digitación	0,5	50
400	Copias del anteproyecto	0,03	12
30	Digitaciones de revisión	0,5	15
40	Copias de encuesta	0,02	0,8
30	Elaboración de cuadros estadísticos	0,7	21
60	Elaboración de diapositivas para la intervención	0,7	42
4	Empastado del protocolo	10	40
25	Elaboración de evaluación del proyecto educativo	0,5	12,5
100	Elaboración de informe final	0,5	50
300	Copias de informe final	0,03	9
4	Empastado de informe final	10	40
	Imprevistos	70	70
TOTAL		93,73	397.30

CUADRO DE REGISTROS CLÍNICOS INTERVENIDOS
HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA PERIODO 2012

HISTORIAS CLÍNICAS	DIAGNÓSTICOS					
	Apendicitis		Abd. Agudo		TOTAL	%
	N°-	%	N°-	%		
8	23	29,1	36	46	59	74,7
383489	1	1,26	0	0	1	1,26
383827	1	1,26	0	0	1	1,26
384418	1	1,26	0	0	1	1,26
384569	1	1,26	0	0	1	1,26
287343	1	1,26	0	0	1	1,26
294714	1	1,26	0	0	1	1,26
320631	1	1,26	0	0	1	1,26
307428	1	1,26	0	0	1	1,26
342949	1	1,26	0	0	1	1,26
379300	1	1,26	0	0	1	1,26
387553	1	1,26	0	0	1	1,26
388301	1	1,26	0	0	1	1,26
384601	0	0	1	1,3	1	1,26
309566	0	0	1	1,3	1	1,26
386257	0	0	1	1,3	1	1,26
327766	0	0	1	1,3	1	1,26
387745	0	0	1	1,3	1	1,26
123021	0	0	1	1,3	1	1,26
388602	0	0	1	1,3	1	1,26
388878	0	0	1	1,3	1	1,26
TOTAL	35	44	44	56	79	100

FUENTE: Historias clínicas – Departamento de Aseguramiento de la Calidad del (HTD) - Machala.



UNIVERSIDAD DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

FORMULARIO CLÍNICO

OBJETIVO: Recoger datos desde los expedientes clínicos de casos de apendicitis atendidos en el hospital Teófilo Dávila.

FECHA: Septiembre del 2013

1.- ¿Cuál es la edad del paciente?

0- 10 años..... ()

11 - 20 años.....()

21 -30 años..... ()

31 - 40 años.....()

41 -50 años..... ()

50 años y más()

2.- ¿Cuál es el género del paciente?

Femenino.....()

Masculino.....()

3.- ¿Estuvo embarazada la paciente?

SI.....()

NO.....()

4.- ¿A qué grupo étnico pertenece el paciente?

Blanco..... ()

Mestizo..... ()

Afroecuatoriano..... ()

Indígena..... ()

5.- ¿Cuál es el nivel de educación?

Primaria completa..... ()

Primaria incompleta..... ()

Secundaria completa..... ()

Secundaria incompleta..... ()

Superior.....()

Ninguna..... ()

6.- ¿Desarrolla alguna actividad laboral?

SI.....()

NO..... ()

7.- ¿Cuál es el lugar de residencia?

Urbana..... ()

Suburbana.....()

Rural.....()

8.- ¿Hubo presencia de fecalitos?

SI.....()

NO..... ()

9.- ¿Hubo presencia de cuerpos extraños?

SI.....()

NO..... ()

10.- ¿Presento antecedentes de infección intestinal?

SI..... ()

NO..... ()

11.- ¿Presencia de parásitos?

SI.....()

NO..... ()

12.- ¿Qué fase histopatológica presento la apéndice?

Flemonosa o supurativa.....()

Catarral..... ()

Gangrenosa o necrótica.....()

Perforativa..... ()

Plastrón apendicular..... ()

13.- ¿Cuál fue el tiempo de evolución de la apendicitis?

0 -12 horas..... ()

13 – 24 horas..... ()

25 – 36 horas..... ()

37 – 48 horas..... ()

49 – 60 horas..... ()

61 – 72 horas..... ()

73 horas y más..... ()

14.- ¿Cuáles fueron los signos y síntomas presentados?

Dolor en fosa iliaca derecha..... ()

Nauseas..... ()

Vomito..... ()

Hipertermia..... ()

Ruidos hidroaéreos disminuidos..... ()

PROGRAMA EDUCATIVO

JUSTIFICACIÓN

La apendicitis es la inflamación del apéndice, un segmento pequeño con forma de dedo que destaca en el intestino grueso, muy próximo al punto donde éste se une al intestino delgado. El apéndice tiene funciones de carácter inmunológico, pero no se le considera un órgano esencial, aunque es parte importante de la armonía y buen funcionamiento del organismo, situación que llevo a realizar un estudio investigativo sobre su prevalencia en el Hospital Teófilo Dávila durante el año 2012, el análisis de resultados demostró prevalencia de apendicitis en su fase supurativa es alta (42%), en especial en los hombres en edades comprendidas entre 0 – 10 años. Habiendo identificado que existen otros factores que condicionaron la presentación del cuadro apendicular, entre ellos que eran estudiantes, con primaria incompleta, residían en el suburbio, dificultando la inmediata búsqueda de asistencia médica por lo que recibieron atención médica entre 24 – 48 horas de evolución de la enfermedad.

Razones que llevan a intervenir con una charla educativa, dirigida a la población general que asisten a la consulta externa del primer nosocomio de Machala con el fin de minimizar el riesgo de complicaciones.

PLAN DE TRABAJO DEL EVENTO EDUCATIVO

“ALERTA ANTE UNA APENDICITIS”

Fecha y hora	Tema	Objetivos educativos	Contenidos	Tecnica y medios	Evaluacion
22/10/2013	Apendicitis	Fomentar y desarrollar medidas orientadas	Concepto Definición	Charla	Test y post
10h00 - 10h45		reconocer apendicitis, y prevenir complicaciones que afectan la calidad de vida de la población.	Peligros Detección según sintomatología Causas Prevención	Exposicion de diapositivas Participación interactiva	Test
		Objetivos especificos		Triptico informativo	
		Fomentar medidas preventivas a la los factores de riesgos.			
		Orientar y asesorar sobre el cuadro de apendicitis.			

ACTIVIDADES

- Entrega de oficio solicitando permiso para realizar la intervención educativa.
- Charlas sobre apendicitis.
- Entrega de material educativo (trípticos).
- Refrigerio.
- Evaluación del evento.

RECURSOS:

HUMANO

- Egresado de Enfermería.

MATERIALES

- Papelografo.
- Trípticos
- Marcadores lapiceros
- Cámara
- Copias
- Hojas

3.2. EVALUACIÓN:

En esta etapa se aplicó 3 indicadores que midieron el proceso educativo.

Proceso, mide la calidad de los materiales educativos.

- Calidad material audiovisual, y trípticos.
- Claridad de la exposición de los facilitadores.
- Calidad de los contenidos.
- Calidad del ambiente donde se realizó la charla.

Producto: Mide

- Cumplimiento de objetivos,
- Calidad de las actividades.
- Cumplimiento de actividades.

Impacto, probó la eficacia y el efecto del programa educativo.

- Cobertura del evento (control de asistencia al evento).
- Actitud de los asistentes, para saber el apoyo que tuvo el programa.
- Expectativa de la Charla.
- Conducta de participación de los integrantes del grupo.
- Grado conocimientos del grupo a intervenir, pre y post evento.
- Recomendaciones o sugerencia, para conocer en que ha fracasado la intervención.

TEMAS DEL PROGRAMA EDUCATIVO

ALERTA ANTE UNA APENDICITIS

DEFINICIÓN

La apendicitis es la inflamación del apéndice, un segmento pequeño con forma de dedo que destaca en el intestino grueso, muy próximo al punto donde éste se une al intestino delgado.

FUNCIÓN:

El apéndice tiene funciones de carácter inmunológico, pero no se le considera un órgano esencial, aunque es parte importante de la armonía y buen funcionamiento del organismo.

¿POR QUÉ ES PELIGROSA LA APENDICITIS?

- Puede perforarse y derramar el contenido intestinal cargado de sustancias tóxicas y nocivas, así como bacterias dañinas, el interior del área del abdomen, lo que provoca lo que conocemos como peritonitis.
- Esta puede provocar una fuerte infección, incluso con riesgo de muerte. La perforación puede causar también la formación de un absceso o la infección del torrente sanguíneo, el cual es un estado mortal que se conoce como septicemia.
- Si la peritonitis la sufre la mujer, puede llegar a infectar sus ovarios y/o las trompas de Falopio, lo cual puede ocasionar infertilidad.

CAUSAS.

- **Parasitosis:** Es una infección producida por parásitos que se alojan en el **aparato digestivo**. Por ello, se recomienda una desparasitación bajo tratamiento médico, al menos cada seis meses para evitar complicaciones como la apendicitis.
- **Residuos de alimentos:** Las semillas son los principales alimentos que se quedan atrapados en el intestino, lo que obstruye la buena irrigación del apéndice, llegando a producir la apendicitis.
- **Estreñimiento:** La acumulación de heces fecales debido a un intestino perezoso produce esta infección si no se atiende a tiempo puede causar una apendicitis que puede perforarse.
- **Inflamación:** Cuando las paredes linfoides se hinchan provocan la infección debido a bacterias que provienen del intestino, mismas que llegan al apéndice a través de la sangre.

¿CÓMO DETECTAR SI EL APÉNDICE ESTA INFLAMADO?

- Náuseas y vómito.
- Dolor agudo en la parte inferior derecha del abdomen, este dolor puede ser repentino y comenzar en la parte superior del abdomen o alrededor del ombligo. Dolor que se traslada a la zona inferior derecha del abdomen, al hacer presión en esta área, aparece el dolor; cuando se retira la mano súbitamente, el dolor se agudiza.
- A pesar de los síntomas, no siempre es fácil determinar si el dolor se debe a causa de una apendicitis.
- En los bebés y niños, el dolor puede ser general.
- Debe buscar atención médica inmediata, porque las complicaciones surgen luego de 24 horas de haberse presentado el dolor leve que va aumentando, hasta hacerse intolerable.

- No proporcionar ningún tipo de medicamento para el disminuir el dolor, pues se oculta los síntomas, pero la apéndice sigue inflamándose hasta llegar a perforarse-
- En caso de que se perfora el apéndice, el dolor y la fiebre pueden aumentar. Si la infección se agrava, puede producirse un shock.
- Fiebre de 37,5 a 38°C.
- El tratamiento requiere una cirugía para extirpa el apéndice.

PREVENCIÓN.

- Es limitada la prevención, mediante el consumo de alimentos ricos en fibra que faciliten un mayor movimiento de las heces; entre ellos (frutas y verduras y los cereales integrales). Comer pequeñas porciones varias veces al día, estos alimentos no permiten la acumulación de toxinas en los intestinos las que inflaman el apéndice.
- No proporcionar purgantes o laxantes fuertes, en caso de estreñimientos, ya que en los períodos de inflamación aguda podrían provocar la perforación del apéndice.



UNIVERSIDAD DE MACHALA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRE - TEST

DIRIGIDA: A los clientes que acuden a la consulta externa del hospital Teófilo Dávila.

TEMA: Alerta ante una apendicitis.

OBJETIVO: Conocer que saben los clientes sobre la apendicitis.

FECHA:.... 22 de Octubre del 2013

INSTRUCCIONES: Marcar con una X la respuesta que crea correcta.

PREGUNTAS	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• ¿Es la apendicitis una inflamación?• ¿El estreñimiento puede causar apendicitis?• ¿los niños pueden presentar apendicitis?• ¿Cuándo el dolor es persistente debe acudir de inmediato por atención médica?• ¿Cuándo el paciente tose o hace ejercicio se produce más dolor abdominal?• ¿El dolor empieza a nivel de ombligo luego se traslada a la ingle derecha?• ¿La apendicitis si no se trata a tiempo puede causar complicaciones graves?		



UNIVERSIDAD DE MACHALA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

POST – TEST

DIRIGIDA: A los clientes que acuden a la consulta externa del hospital Teófilo Dávila.

TEMA: Alerta ante una apendicitis.

OBJETIVOS:

- Evaluar el nivel de conocimientos captados.
- Medir el proceso de evaluación del programa educativo.

FECHA:.... 02 de Octubre 2013

INSTRUCCIONES: Marcar con una X la respuesta que crea correcta.

¿La charla estuvo clara?

SI.....

NO.....

3.- ¿Qué tal le pareció la calidad de los contenidos de la charla?

Excelente

Muy – bueno.....

Bueno

Regular.....

PREGUNTAS	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• ¿Es la apendicitis una inflamación?• ¿El estreñimiento puede causar apendicitis?• ¿los niños pueden presentar apendicitis?• ¿Cuándo el dolor es persistente debe acudir de inmediato por atención médica?• ¿Cuándo el paciente tose o hace ejercicio se produce más dolor abdominal?• ¿El dolor empieza a nivel de ombligo luego se traslada a la ingle derecha?• ¿La apendicitis si no se trata a tiempo puede causar complicaciones graves?		

4.- ¿Cómo estuvo el material audiovisual?

Excelente.....

Muy – bueno.....

Bueno.....

Regular.....

5.- ¿Cómo estuvo el ambiente durante la charla?

Positivo.

Negativo.....

6.- ¿La charla satisfacio sus expectativas?

Satisfechas.....

NO satisfechas.....

7.- ¿Haría Ud., alguna recomendación sobre el programa?

Que se dicten con más frecuencia.....

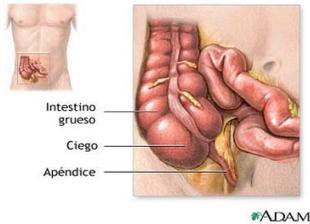
Que aborden más temas sobre otras enfermedades.....

GRACIAS

APENDICITIS



La es la **inflamación del apéndice**, un segmento pequeño con forma de dedo que destaca en el intestino grueso, muy próximo al punto donde éste se une al intestino delgado.



COMPLICACIONES: Peritonitis, infección graves.



SINTOMATOLOGÍA

Dolor en fosa la ingle lado derecho.

Nauseas, vomito, fiebre.

CAUSAS

Parasitos, estreñimiento, infecciones intestinales.

PREVENCIÓN: Dieta rica en fibra, No automedicarse cuando hay dolor, acudir inmediatamente al medico.