



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE LABORATORIO CLINICO**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE:
LICENCIADO EN LABORATORIO CLÍNICO**

TEMA PROPUESTA DEL CASO CLINICO.

PACIENTE MASCULINO DE 28 AÑOS CON APENDICITIS AGUDA

AUTOR:

DAVID STALIN RIVADENEIRA COELLO

TUTORA:

LCDA JANETH CRUZ VILLEGAS

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA LABORATORIO CLÍNICO
UNIDAD DE TITULACIÓN



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LIC. ROBLEDO GALEAS SANY
DELEGADA POR DECANATO

DR. ROMERO RAMIREZ HERMAN ARGENIO. MSC
DELEGADO (A) POR EL COORDINADOR DE LA
CARRERA

Q.F. MAZACON MORA MAITE
DELEGADO (A) POR EL CIDE

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE LABORATORIO CLINICO
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

YO, **LIC. JANETH CRUZ VILLEGAS**, en calidad de Tutora del tema caso Clínico (Dimensión practica): **PACIENTE MASCULINO 28 AÑOS CON APENDICITIS AGUDA**, elaborado por el estudiante egresado **DAVID STALIN RIVADENEIRA COELLO** de la carrera de Laboratorio Clínico ,de la Escuela de Tecnología Medica ,en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico por lo que lo **APRUEBO** ,a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinando por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 19 días del mes de septiembre del año 2018.

Lic. Janeth Cruz Villegas.

LIC JANETH CRUZ VILLEGAS
DOCENTE TUTOR
C.I. 1202090013



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

CARRERA DE LABORATORIO CLINICO

UNIDAD DE TITULACION



DECLARACION DE AUTORIA

A: UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE LABORATORIO CLINICO

Por medio del presente dejo constancia de ser el autor del Caso Clínico (Dimensión practica) titulado.

PACIENTE MASCULINO 28 AÑOS CON APENDICITIS AGUDA

Doy fe que el uso de marcas. Inclusivas de opiniones. Citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

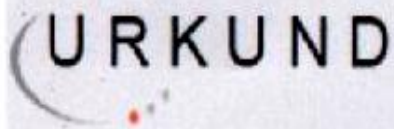
Autorizo en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: Babahoyo.19 de septiembre del 2018.

AUTOR

DAVID STALIN RIVADENEIRA COELLO

C.I. 120590262-8



Urkund Analysis Result


Analysed Document: C-UTB-FCS-LAB CASO CLINICO.docx (D41521680)
Submitted: 9/17/2018 4:41:00 PM
Submitted By: david_stalin_rivadeneira@hotmail.com
Significance: 5 %

Sources included in the report:

[http://www.cirurgiahsalvador.cl/ed_continua/temas-de-interes/16-imagenonologia-de-la-
apendicitis.html](http://www.cirurgiahsalvador.cl/ed_continua/temas-de-interes/16-imagenonologia-de-la-apendicitis.html)

Instances where selected sources appear:

1


Lcda. Janeth Cruz Villegas
DOCENTE TUTORA


David Rivadeneira Coello
ESTUDIANTE

INDICE GENERAL

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
1. MARCO TEÓRICO APENDICITIS	1
POSICIÓN E ETIOLOGÍA DEL APÉNDICE	2
PATOGENIA	3
MANIFESTACIONES CLINICAS	4
1.1 JUSTIFICACIÓN	5
1.2 OBJETIVOS	6
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.3 DATOS GENERALES	7
II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	8
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA	8
ANAMNESIS/ HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE	8
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL DEL PASIENTE (ANAMNESIS)	9
2.3 EXPLORACIÓN CLÍNICO	9
EXAMEN FISICO	9

2.4 EXÁMENES QUE SE REALIZA PARA DIAGNÓSTICO	12
2.4 EXAMENES COMPLEMENTARIOS	12
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	13
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	14
TRATAMIENTO POR LAPAROSCÓPICA	15
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	15
2.8 SEGUIMIENTO	16
2.9 OBSERVACIONES	16
CONCLUSIONES	17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	18
ANEXOS	19
ESQUEMA: 1 POSIBLES SINTOMAS DE APENDICITIS AGUDA	19
ESQUEMA: 2 DOLOR ABDOMINAL INFERIOR DERECHO	19
ESQUEMA: 3 EXAMEN DE SANGRE (LEUCOCITOCIS)	20
ESQUEMA: 4 PRUEBA PCR EN SANGRE Y ORINA	20
ESQUEMA: 5 ECOGRAFIA ABDOMINAL	21
ESQUEMA: 6 APENDICE INFLAMADO	21
ESQUEMA: 7 HALLASGOS DE APENDICITIS AGUDA	22

LA APENDICITIS

es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se encuentra en el colon en el lado inferior derecho del abdomen, Provoca dolor en el abdomen bajo derecho el dolor comienza alrededor del ombligo y luego se desplaza a medida que la inflamación empeora, lo más frecuente es que ocurra en personas de entre los 10 y 30 años de edad. Su tamaño es variable de entre 20 a 30 cm. hasta 6 a 9 cm es posible encontrar variantes de longitud corta de 2 a 3 cm, se encuentra ubicada entre 2 y 3 cm por debajo de la válvula ileocecal. La Apendicitis Aguda es la obstrucción de la luz apendicular consecuencia de hipertrofia e hiperplasia del tejido linfoide. Produciendo un espesamiento fecal por fecalitos o apendicolitos. La apendicitis puede causar complicaciones graves por ejemplo. La perforación del apéndice, una acumulación de pus que se forma en el abdomen. La causa más probable de la apendicitis es una obstrucción en el recubrimiento del apéndice que da como resultado una infección. Las bacterias se multiplican rápidamente y hacen que el apéndice se inflame, se hinche y se llene de pus. Si no se trata inmediatamente, el apéndice puede romperse la apendicitis es una urgencia médica donde casi siempre implica la extirpación del abdomen. Por lo general la apendicitis aguda casi siempre se caracteriza por leucocitosis de 10.000 a 15.000 glóbulos blancos con neutrofilia de 70% a 80% el examen físico es esencial como diagnóstico de apendicitis por medio de la examinación del abdomen utilizando los signos y los puntos más dolorosos. Dentro de los algunos exámenes de laboratorio están biometría hemática, reacción widal, PCR (proteína c reactiva). examen de orina (físico químico sedimento) prueba bioquímica ecografía abdominal. La mejor forma para prevenir la apendicitis se basan en: Llevar una dieta rica en fibra, que facilitan un mayor movimiento en el proceso digestivo. Entre los alimentos recomendables se encuentran en su mayoría de las frutas y verduras y, sobre todo, los cereales integrales

APPENDICITIS

is an inflammation of the appendix, a bag in the shape of a finger that is the colon in the lower right side of the abdomen, causes pain in the abdomen under the right pain begins around the navel and then shifts as the inflammation worse, it most often happens in people between 10 and 30 years of age. Its size varies between 20 and 30 cm. up to 6 to 9 cm it is possible to find variants of short length of 2 to 3 cm, it is located between 2 and 3 cm below the ileocecal valve. Acute appendicitis is the obstruction of appendiceal light as a result of hypertrophy and hyperplasia of the lymphoid tissue. Producing a fecal thickening by fecalitos or appendicolitos. Appendicitis can cause serious complications for example. The perforation of the appendix, an accumulation of pus that forms in the abdomen. The most likely cause of appendicitis is an obstruction in the lining of the appendix that results in an infection. The bacteria multiply rapidly and cause the appendix to swell, swell and fill with pus. If not treated immediately, the appendix can rupture appendicitis is a medical emergency where almost always involves the removal of the abdomen. Acute appendicitis is usually usually characterized by leukocytosis of 10,000 to 15,000 white blood cells with neutrophilia of 70% to 80%. Physical examination is essential as a diagnosis of appendicitis by examination of the abdomen using the most painful signs and points. . Among the some laboratory tests are blood count, widal reaction, PCR (c-reactive protein). Urine test (physical chemical sediment) biochemical test abdominal ultrasound. The best way to prevent appendicitis is based on: Carrying a diet rich in fiber, which facilitate greater movement in the digestive process. Among the recommended foods are mostly fruits and vegetables and, above all, whole grains

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo que requiere resolución quirúrgica, siendo la historia clínica, el examen físico y los exámenes de laboratorio no siempre precisos, por lo que toma gran importancia la imagenología como apoyo diagnóstico. Es crucial para el éxito terapéutico, la pesquisa precoz de esta patología, ya que la mortalidad de una apendicitis perforada se incrementa de un 2% a 3%, y la morbilidad de un 3% a un 47%

La ultrasonografía presenta una sensibilidad aproximada del 85% y una especificidad del 92%. Esta técnica no es invasiva, está ampliamente difundida, no involucra radiación ionizante, lo que es clave al momento de enfrentarse con pacientes jóvenes y embarazadas. Sin embargo este método tiene limitaciones tales como ser operador dependiente, necesitar de un nivel de experiencia y estar limitada por condiciones del paciente (dolor abdominal, meteorismo, obesidad)

La característica principal de este trabajo es ayudar a compartir información eficaz sobre los problemas que se puedan presentar diagnosticando a tiempo la apendicitis como manera de prevención identificando los síntomas a tiempo.

1. MARCO TEÓRICO

APENDICITIS

La apendicitis es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se encuentra desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen. El apéndice no parece tener un propósito específico.

La apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho. Sin embargo, en la mayor parte de las personas, el dolor comienza alrededor del ombligo y luego se desplaza. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y termina haciéndose más intenso.

Aunque cualquiera puede tener apendicitis, lo más frecuente es que ocurra en personas entre los 10 y 30 años de edad. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice.

El Apéndice es una asa intestinal que se encuentre en el Ciego (Primera porción del Intestino grueso) Su tamaño es variable. Aunque la mayoría de autores coinciden en que su longitud promedio es de entre 6 a 9 cm. Sin embargo, es posible encontrar variantes de longitud corta de 2 a 3 cm hasta de longitudes de 20 a 30 cm.

Existen casos descritos de agenesia apendicular. Sin embargo, se estima que se encuentran presentes en menos del 5% de la población.

El diámetro externo del Apéndice varía entre los 6 y 8 mm. Mientras que el diámetro interno o luz apendicular es de 1 a 3 mm. Es este pequeño diámetro de luz lo que parece hacer más vulnerable al Apéndice.

Embriológicamente el Apéndice proviene del Intestino medio. Al igual que el intestino delgado, ciego, colon ascendente y mitad del colon transversal. El Apéndice se vuelve visible a partir de la octava semana de gestación y sus cúmulos linfáticos aparecen desde la semana 14 de gestación.

POSICIÓN DEL APÉNDICE.

La base del Apéndice se encuentra ubicada entre 2 y 3 cm por debajo de la válvula ileocecal. Sin embargo la punta del Apéndice puede tener diferentes presentaciones. De acuerdo a la dirección y posición de la punta apendicular se establecen las llamadas variantes morfo métricas del Apéndice. Estas variantes hacen referencia a la Situación o Posición Apendicular

ETIOLOGÍA DE LA APENDICITIS AGUDA.

Se entiende que la principal causa de la Apendicitis Aguda es la obstrucción de la luz apendicular. Dicha obstrucción parece ser una consecuencia directa de la hipertrofia e hiperplasia del tejido linfoide. También puede ser consecutiva a un espesamiento fecal, por fecalitos o apendicolitos.

Varios autores consideran que la causa más frecuente de la obstrucción de la luz apendicular es la hipertrofia e hiperplasia del tejido linfoide.³ Mientras que otros autores sostienen que la principal causa es la obstrucción por fecalitos.^{2 3 8}

Esta diferencia parece responder a la dieta de la población estudiada. En países desarrollados donde la dieta es pobre en fibra existe un mayor índice epidemiológico de obstrucción por fecalitos. Las dietas pobres en fibra predisponen a la formación de heces duras. Estas heces duras ocasionan un aumento en la presión intracolica, lo que aumenta la formación de fecalitos.

PATOGENIA

La apendicitis puede causar varias complicaciones graves, por ejemplo:

- **LA PERFORACIÓN DEL APÉNDICE.** Esto puede causar que la infección se extienda por el abdomen (peritonitis). Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario hacer una cirugía de inmediato para extraer el apéndice y limpiar la cavidad abdominal.

- **UNA ACUMULACIÓN DE PUS QUE SE FORMA EN EL ABDOMEN.** Si el apéndice se revienta, es probable que se cree una acumulación de infección (absceso). En la mayoría de los casos, el cirujano drena el absceso introduciendo un tubo a través de la pared abdominal hasta el absceso. El tubo se deja colocado durante dos semanas y el paciente recibe antibióticos para combatir la infección.

Una vez que se elimina la infección, se hace una cirugía para extraer el apéndice. En algunos casos, se drena el absceso y el apéndice se extrae de inmediato.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas de la apendicitis pueden comprender los siguientes:

- Dolor repentino que empieza en el lado derecho de la parte inferior del abdomen
- Dolor repentino que comienza alrededor del ombligo y, a menudo, se desplaza hacia la parte inferior derecha del abdomen
- Dolor que puede empeorar cuando toses, caminas o realizas otros movimientos bruscos
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito
- Fiebre ligera que aumenta medida que la enfermedad avanza
- Estreñimiento o diarrea
- Hinchazón abdominal

La causa probable de la apendicitis es una obstrucción en el recubrimiento del apéndice que da como resultado una infección. Las bacterias se multiplican rápidamente y hacen que el apéndice se inflame, se hinche y se llene de pus. Si no se trata inmediatamente, el apéndice puede romperse.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El propósito de este trabajo de investigación es reconocer y diagnosticar a un paciente que presente síntomas asociados a obstrucción estomacal, dolor abdominal, episodios febriles, y que permite determinar qué tipo de exámenes deberá realizarse.

Es importante que el paciente este consientes de los diferentes síntomas que se presentan y la frecuencia de ellos.

Nuestro trabajo presenta información relevante que permitirá prevenir o estar mejor preparados cuando se presenten molestias asociadas a esta enfermedad.

Para ello contamos con tecnología que permite dar un diagnóstico de manera inmediata, y los exámenes adecuados que nos ayudaran a confirmar la gravedad de la enfermedad como un hemograma, radiografías y ecografías.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Reconocer los signos y síntomas de una apendicitis aguda, las medidas y exámenes de laboratorio complementarios para confirmar esta enfermedad.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recordar al lector sobre los signos y síntomas de una apendicitis aguda
- Educar a los pacientes en los chequeos constantes para prevenir una posible apendicitis aguda.
- Informar por medio de charla a las personas acerca de los cuidados y tratamientos correspondientes para combatir esta enfermedad.

1.3 DATOS GENERALES

IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

DATOS GENERALES

NOMBRE: P.C.R

EDAD DEL PACIENTE: 28 años

SEXO: Masculino

NIVEL DE ESTUDIO: Secundaria

ANTECEDENTES QUIRURGICO: No refiere antecedentes quirúrgicos

PESO: 66 kg

ESTATURA: 1.72c m

PROFESIÓN: Obrero albañil

ANTECEDENTES: No refiere antecedentes diabéticos familiares, ni personales

II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

ANAMNESIS/ HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

El paciente relata que aproximadamente hace cinco horas comenzó con una molestia en el epigastrio que se fue incrementando hasta hacerse francamente dolorosa de tipo cólico que duró dos horas para luego localizarse en la fosa iliaca derecha haciéndose de tipo punzante, acompañado de náuseas, vómitos y, disentería además fiebre objetiva aproximadamente 38°C.

El paciente relata haber tomado analgésicos con lo cual no cedió el dolor.

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Paciente de 28 años de sexo masculino presenta los siguientes antecedentes:

- Malestar general
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito
- Fiebre ligera
- Estreñimiento
- Hinchazón abdominal

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Durante el examen físico estaba consciente, orientado, febril (38°C), con presión arterial 11/60 mmHg y su frecuencia cardíaca de 60-100 latidos por minutos, La auscultación respiratoria era normal. No había presencia de soplos cardíacos al examen cardiológico. El abdomen estaba distendido, tenso, intensamente doloroso en fosa iliaca derecha, con señal de descomposición brusca positiva. Dentro de los exámenes de laboratorios realizados se determinaron los siguientes resultados

2.3 EXPLORACIÓN CLÍNICA

EXAMEN FÍSICO

El diagnóstico precoz y por ende la apendicetomía temprana es esencial en el tratamiento de apendicitis, algunas veces esto es posible con una historia clínica breve y examen clínico compatible, pero en otros casos el diagnóstico se hace muy difícil. De todas maneras se acepta llegar a un diagnóstico correcto confirmado por cirugía en un 90% de casos.

El examen físico debe comprender todo el cuerpo para tratar de descartar cualquier otra patología que nos pueda hacer confundir con apendicitis aguda.

Cuando se examina el abdomen es necesario comenzar por las zonas donde suponemos que hay menos dolor y en forma suave hasta llegar a los puntos y signos dolorosos del abdomen.

Punto de McBurney.- Se obtiene presionando la fosa ilíaca derecha en un punto que corresponde a la unión del 1/3 externo con los 2/3 internos de una línea trazada de la espina ilíaca anterosuperior derecha hasta el.

Ombligo. El dolor producido con esta maniobra es el encontrado con mayor frecuencia.

Signo de Blumberg.- Se obtiene presionando la pared de la fosa ilíaca derecha con toda la mano y retirándola bruscamente, el dolor que se

Produce es la manifestación de la inflamación del peritoneo apendicular y vecino.

El signo contralateral de Blumberg se realiza de la misma manera, pero presionando la fosa ilíaca izquierda y despertando dolor en fosa ilíaca derecha.

Signo de Gueneau de Mussy.- Es un signo de peritonitis, se investiga descomprimiendo cualquier zona del abdomen y despertando dolor.

Signo de Rousing.- Se despierta dolor en fosa ilíaca derecha al presionar la fosa ilíaca izquierda y flanco izquierdo, tratando de comprimir el sigmoidees y colon izquierdo para provocar la distensión del ciego y compresión indirecta del apéndice inflamado.

Punto de Lanz.- El dolor se puede obtener al presionar en un punto situado en la unión del 1/3 externo derecho y 1/3 medio de la línea bies pinosa. Se obtiene cuando el apéndice tiene localización pélvica.

Punto de Le cene.- Se obtiene presionando a dos traveses de dedo por encima y por detrás de la espina ilíaca anterosuperior derecha. Es casi patognomónico de las apendicitis retrocédales y ascendentes externas.

Punto de Morris.- Situado en el 1/3 interno de la línea espino-umbilical derecha. Se observa en apendicitis ascendente interna.

Otras zonas dolorosas se pueden encontrar en casos de situación ectópica del ciego y apéndice. De ellos los más frecuentes son los su hepáticos.

Hiperestesia cutánea de Sherrren.- Hipersensibilidad superficial en la zona apendicular.

Prueba del Psoas.- Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo e hiperextendiendo la cadera se provoca dolor. Es positiva cuando el foco inflamatorio descansa sobre este músculo.

Signo del Roque.- La presión continua en el punto de Mc Burney provoca en el varón el ascenso del testículo derecho por contracción del cremaste.

Tacto rectal.- Es un examen que debe realizarse de rutina. Aunque en muchas veces éste puede ser negativo, en algunos casos podemos encontrar un fondo de saco de Douglas sumamente doloroso, sobre todo cuando hay perforación del apéndice y derrame purulento, y en otras se puede palpar una masa dolorosa que podría corresponder a un plastrón o absceso apendicular. Aparte de esto en muchas oportunidades es útil en el diagnóstico diferencial de casos ginecológicos.

2.4 EXÁMENES QUE SE REALIZA PARA DIAGNÓSTICO

Dentro de los exámenes de laboratorios realizados se determinaron los siguientes resultados

- Biometría Hemática 14.300 leucocitos con aumento del número de neutrófilos una (leucocitosis con neutro filia de 11.000-15.000)
- Reacción de widal: negativa
- PCR (Proteína C Reactiva) en Látex positiva con valores de 40 mg/l.
- Orina (Física .Químico, sedimento)Normal
- Prueba bioquímica: en rango normales

2.4 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Ecografía Abdominal

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

La Apendicitis es una urgencia médica donde casi siempre implica la extirpación del apéndice, lo que cualquier persona puede padecerla con mayor frecuencia en personas de entre 10 y 30 años de edad.

Es importante que el paciente que es detectado con apendicitis aguda conozca y sepa que este trastorno pueda provocar problemas de presión, problemas con el flujo de sangre e inflamación.

Esto con lleva a mantener una dieta rica en fibra y que permita facilitar un mayor movimiento en el proceso digestivo, consumir abundante frutas y verduras ayudaran a la prevención.

El estrés también puede contribuir a este trastorno,

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Antes de iniciar el tratamiento se debe haber llegado al diagnóstico presuntivo, por lo cual no se deben dar antárticos ni antibióticos previos. El tratamiento es la apendicetomía, sin embargo se debe considerar un tratamiento preoperatorio, operatorio y Laparoscopia.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Todo paciente debe ser evaluado completamente; iniciándose un tratamiento de hidratación endovenosa que puede durar de 2 a 4 horas.

TRATAMIENTO OPERATORIO CONVENCIONAL

El objetivo estará centrado en reseca el órgano enfermo y si existe una peritonitis se procederá a lavar y drenar la cavidad abdominal, la via de abordaje dependerá del estado del proceso. En los procesos de pocas horas de evolución, bastará una incisión de Mac Burney o una incisión transversa a lo Roque Davis (Arce)

Si el proceso tiene varias horas o días de evolución, será necesario abordar con una incisión amplia (Para mediana derecha, transrectal infra umbilical) que permita una buena exéresis, un buen lavado peritoneal y adecuado drenaje.

La extirpación del apéndice puede ser en forma clásica con sección del meso apendicular y su arteria y luego sección del apéndice desde su base previa ligadura de la misma, a su vez el muñón apendicular puede ser dejado libremente o ser invaginado mediante una jareta. Cuando la apéndice esta complicada se debe dejar drenaje con salida diferente a la herida operatoria.

TRATAMIENTO POR LAPAROSCÓPICA

En la actualidad se utiliza la técnica laparoscópica para el tratamiento quirúrgico de las diferentes formas de la apendicitis, aprovechando que dicha técnica ofrece un mejor campo operatorio, una excelente iluminación, permite un completo lavado de la cavidad abdominal y un adecuado drenaje, reduce la posibilidad de absceso residual. Como las pequeñas incisiones no contactan con el pus ni con la pieza operatoria, no se infectarán, no habrá o serán mínimas las posibilidades de infección de herida operatoria, la pequeñez de las incisiones también minimiza la posibilidad de eventración.

2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Por lo general la apendicitis aguda de pocas horas se caracterizan por leucocitosis de 10,000 a 15,000, glóbulos blancos con neutrofilia de 70% a 80% y desviación izquierda por encima de 5% de bastonados, sin embargo no es raro encontrar apendicitis aguda con leucocitos dentro de límites normales, en estos casos se observa al paciente por 3-4 horas y se repite el examen, y ante la duda mejor es la intervención quirúrgica

Antes de iniciar el tratamiento se debe haber llegado al diagnóstico presuntivo, por lo cual no se deben dar antárticos ni antibióticos previos. El tratamiento es la apendicetomía, sin embargo se debe considerar un tratamiento preoperatorio, operatorio y postoperatorio

2.8 SEGUIMIENTO

El paciente presento dolor periumbilical que después de 12 a 24 horas se localizó en la fosa iliaca derecha, asociada a anorexia, nausea, vómito y fiebre, con signos apendiculares positivos, que posteriormente generalizaron irritación peritoneal en todo el abdomen.

2.9 OBSERVACIONES

En las primeras horas el paciente prefirió reposo en posición dorsal

A partir de las 36 horas él pudo comenzar a comer algo sólido la medicación se basó en paracetamol y analgésicos se le procedió a realizar una dieta líquida a bases de jugos de zanahoria y remolacha, arandono y uva.

La mejor forma para prevenir la apendicitis se basan en: Llevar una dieta rica en fibra, que facilitan un mayor movimiento en el proceso digestivo. Entre los alimentos recomendables se encuentran en su mayoría de las frutas y verduras y, sobre todo, los cereales integrales

CONCLUSIONES

Al observar del resultado del caso clínico se ha concluido que los síntomas característicos consisten en un dolor abdominal común en el paciente considerado en el caso clínico, acompañado de fiebre, náuseas y vomito.

El criterio de laboratorio fue una leucocitosis con neutro filia de 11.000-15.000 elevada. Se concluye también que, se presentó un dolor en fosa iliaca derecha, seguido del signo de Mc Burney, mientras que la ubicación su cecal, pos leal, presento Mc Burney positivo, Blumberg positivo, fiebre, y finalmente la localización del lado izquierdo, se manifestó por dolor en epigastrio, vomito, fiebre, diarrea, anorexia, y signo de Blumberg positivo.

En el examen de orina se identificó afecciones urinarias, aunque en algunos casos se puede encontrar orina patológica, sobre todo cuando el apéndice está cerca de las vías urinarias, y en estos casos debemos considerar infección urinaria cuando encontramos en el sedimento cilindros granulosos o leucocitarios. La prueba del PCR en sangre proteína c reactiva alta indico la presencia de alguna inflamación o infección en el cuerpo, con estos resultados se procedió a ordenar una ecografía abdominal para determinar un posible diagnostico

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.-Apendicitis Aguda. Recuperado el 20 de agosto de 2018, de <https://cerebromedico.com/cirugia/apendicitis-aguda>
- 2.-Arca Comunicaciones. (12 de abril de 2016). Imagenología de la Apendicitis. Recuperado el 20 de agosto de 2018, de http://www.cirurgiahsalvador.cl/ed_continua/temas-de-interes/16-imagenonologia-de-la-apendicitis.html
3. Casado Méndez, y et y al PR, Gallardo Arzuaga, R. L., Ferrer Macadán, C. E., & Labrada González, D. (2014). Variantes morfométricas del apéndice cecal en el vivo.
4. Revista Médica Electrónica, 49-55Cerebro Medico. (19 de abril de 2018).
- 5 Liang, M. K., Roland, A. E., Jaffe, B. M., & Berger, H. D. (2015). El apéndice. En D. Andersen, F. Brunicardi, J. Hunter, J. Matthew, R. Pollock, & T. Billiar, Schwartz Principios de Cirugia (págs. 1241-1257). Mexico D.F: McGrawHill.
- Mayo Clinic. (17 de abril de 2017). Apendicitis. Recuperado el 20 de agosto de 2018, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>
7. Instituto Mexicano de Seguro Social. (2016). Diagnóstico de Apendicitis Aguda. Guía de Referencia Rápida, 2-10.
8. <https://www.es.wikipedia.org/wiki/leucocitosis>
9. www.portalfarma.com/ciudadanos/saludpublica/concejosdesalud/paginas/apendicitis.aspx salud/paginas/apendicitis.aspx
10. sisbib.unmsm.edu./bibvirtual/libros/medicina/cirujia/tomo_icap_11_apendicitis%20aguda.html
11. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc-20369543>.

ANEXOS

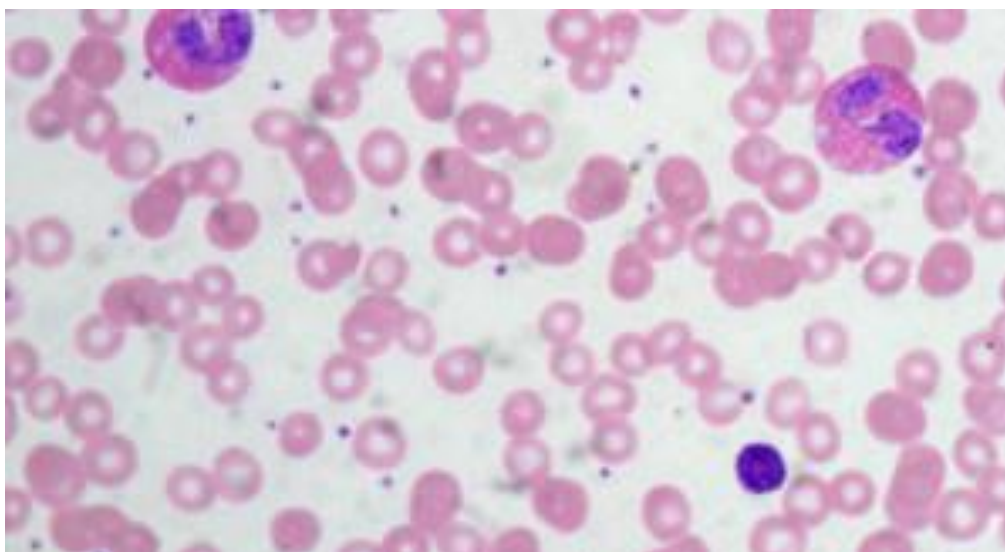
Esquema: 1 posibles síntomas de
apendicitis aguda



Esquema:2 Dolor abdominal inferior
derecho



Esquema: 3 exámenes de sangre aumento en el número de neutrófilos (leucocitosis)



Esquema: 4 prueba PCR en sangre y orina

Tabla 4. Evaluación de los resultados de las diferentes pruebas ensayadas según tiempo de enfermedad.

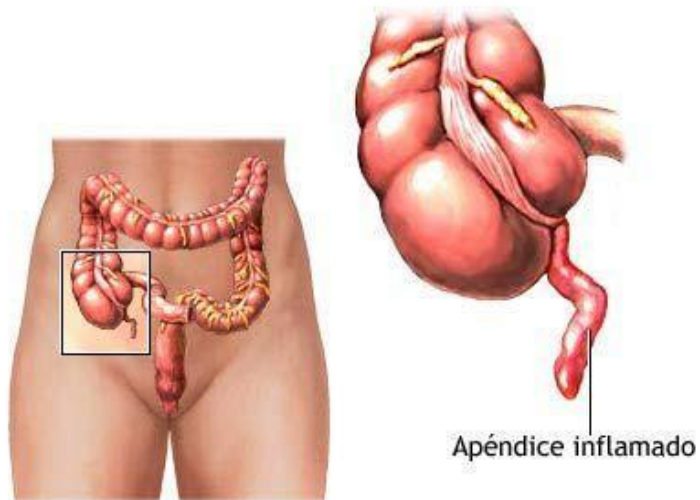
Prueba diagnóstica	< 8 días enfermedad			≥ 8 días enfermedad			Total		
	Positivo*	Negativo	Total	Positivo*	Negativo	Total	Positivo*	Negativo	Total
PCR en sangre									
Positivo	24	2**	26	15	0	15	41	0**	41
Negativo	0	92	92	35	12	47	33	106	139
Total	24	94	118	50	12	62	74	106	180
Sensibilidad [†]	100	(97,9 - 100)		30,0	(16,3 - 43,7)		55,4	(43,4 - 67,4)	
Especificidad [†]	97,9	(94,4 - 100)		100	(95,8 - 100)		100	(99,5 - 100)	
PCR en sangre y orina									
Positivo	24	4**	28	19	0	19	47	0**	47
Negativo	0	90	90	31	12	43	27	106	133
Total	28	94	118	50	12	62	74	106	180
Sensibilidad [†]	100	(97,9 - 100)		38,0	(23,6 - 52,5)		63,5	(51,9 - 75,2)	
Especificidad [†]	95,7	(91,1 - 100)		100	(95,8 - 100)		100	(99,5 - 100)	

* Muestra positiva a MAT, ELISA o ambas en el mismo tiempo de evaluación que el PCR. ** Estos casos fueron dados como negativos para el MAT + ELISA durante los primeros ocho días, pero luego fueron catalogados como positivos en las muestras pareadas. † Se calculó la sensibilidad y especificidad, con su respectivo intervalo de confianza al 95%.


Esquema: 5 Ecografía abdominal



Esquema: 6 Apéndice inflamado




Esquema: 7 Hallazgos de Apendicitis Aguda



APENDICITIS AGUDA

USG Abdominal hallazgos:

- Aumento del diámetro apendicular, asociado a cambios inflamatorios del tejido adiposo adyacente, el que se aprecia hiperecogénico y no compresible
- Apendicolitos se pueden observar en un 30% de las apendicitis y están asociados a un mayor riesgo de perforación



Apendicitis aguda. Paredes engrosadas (flecha blanca), asociada a cambios inflamatorios periapendiculares (puntas de flecha).

Acute appendicitis: Meta-analysis of diagnosis performance of CT an graded compression US related to prevalence of disease. **Radiology**: Volume 249: Number 1- October 2008



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Lcda. **JANETH CRUZ VILLEGAS**, en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (Componente Práctico): "**PACIENTE MASCULINO 28 AÑOS CON APENDICITIS AGUDA**", elaborado por el estudiante egresado: **DAVID STALIN RIVADENEIRA COELLO**, de la Carrera de LABORATORIO CLÍNICO de la Escuela de TECNOLOGIA MÉDICA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 4 días del mes de Julio del año 2018

Lcda. Janeth Cruz Villegas
LCDA. JANETH CRUZ VILLEGAS

C.I. 1202090013.....



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

CARRERA DE LABORATORIO CLINICO

UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 5 de julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

PRESENTE;

De mi consideración:

Por medio de la presente Yo, **DAVID STALIN RIVADENEIRA COELLO** con cedula de ciudadanía **N°120590262-8**, egresado de la carrera de **LABORATORIO CLINICO**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del tema o perfil del caso clínico: **PACIENTE MASCULINO 28 AÑOS CON APENDICITIS AGUDA**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **Lcda. Janeth Cruz Villegas**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,

DAVID STALIN RIVADENEIRA COELLO

C.I. 120590262-8



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERIODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 05-06-2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE EXÁMEN COMPLEXIVO

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Lic. Janeth Cruz Villegas FIRMA: Lic. Janeth Cruz Villegas
 TEMA DEL PROYECTO: Paciente Masculino 28 años con Apendicitis Aguda (I etapa)
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Risperencia Casello David Stalin
 CARRERA: Laboratorio Clínico

Pag. Nº. _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiantes
3	18/06/2018	Identificar la Estructura del Tema de base clínico	✓			Lic. Janeth Cruz V.	<u>Risperencia Casello David Stalin</u>
2	20/06/2018	Desarrollo del Perfil		✓		Lic. Janeth Cruz V.	<u>Risperencia Casello David Stalin</u>
3	22/06/2018	Revisión del base clínico		✓		Lic. Janeth Cruz V.	<u>Risperencia Casello David Stalin</u>
3	25/06/2018	Levantamiento de Observación del perfil	✓			Lic. Janeth Cruz V.	<u>Risperencia Casello David Stalin</u>
2	29/06/2018	Revisión de la Versión del perfil	✓			Lic. Janeth Cruz V.	<u>Risperencia Casello David Stalin</u>





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

CARRERA DE LABORATORIO CLINICO

UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 20 de septiembre del 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

PRESENTE;

De mi consideración:

Por medio de la presente Yo, **DAVID STALIN RIVADENEIRA COELLO** con cedula de ciudadanía **N°120590262-8**, egresado de la carrera de **LABORATORIO CLINICO**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del presente caso clínico: **PACIENTE MASCULINO 28 AÑOS CON APENDICITIS AGUDA**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **Lcda. Janeth Cruz Villegas**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido.

Atentamente,

DAVID STALIN RIVADENEIRA COELLO

C.I. 120590262-8



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20/08/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE EXAMEN COMPLEXIVO

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Licda Janeth Cruz Villegas FIRMA: Janeth Cruz Villegas
 TEMA DEL PROYECTO: Paciente Masculino 28 años con Pericarditis aguda (Etapa final)
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Rivero Reina Exello David Stalin
 CARRERA: Laboratorio Clínico

Pag. No.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiantes
3	23/07/18	Revisan el Nivel de palabras en parágrafos	✓			Lic Janeth Cruz V.	<u>David Stalin Rivero</u>
3	27/07/18	Revisión en Antecedentes y Marco Teórico	✓			Lic. Janeth Cruz V.	<u>David Stalin Rivero</u>
2	01/08/18	Elaboración de Hipótesis y Variables		✓		Lic Janeth Cruz V.	<u>David Stalin Rivero</u>
2	06/08/18	Método, Técnicas, Técnicas a aplicar en Instrumento	✓			Lic. Janeth Cruz V.	<u>David Stalin Rivero</u>
3	08/08/18	Modalidad de la Investigación	✓			Lic. Janeth Cruz V.	<u>David Stalin Rivero</u>

LIC. RANY ROBERTO SANCHEZ, M.Sc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO

