



TITULO

“FACTORES DE RIESGO EN APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE CUENCA. AÑOS: 2006, 2007 Y 2008”

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgos de apendicitis aguda complicada en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2006, 2007 y 2008.

Material y métodos: Se revisaron las Historias Clínicas de todos los servicios del Hospital Vicente Corral Moscoso, de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda complicada.

Resultados: Se incluyeron 235 pacientes, 91 de ellos (38.72%) fueron intervenidos tardíamente, fue atribuida a la demora por parte del paciente, al acudir al Hospital. En 58 pacientes (24.68%) la demora entre 3 y 4 horas se atribuyó a los servicios de salud. De todos los pacientes que presentaron complicaciones los 167 (71.06%), presentaron automedicación. La complicación más



frecuente encontrada fu la perforación en 85 pacientes (36.17%).

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes que se retrasan entre 25 y 72 horas desde el inicio de los síntomas hasta el acto operatorio. Los factores más importantes que condicionan la demora son: el hecho que el mismo paciente se retrasa en acudir a los servicios de salud y que existen dificultades para el traslado de los pacientes por razones geográficas. La automedicación constituye uno de los factores más importantes para la complicación de la apendicitis.

PALABRAS CLAVE: Apendicitis, retraso, complicaciones, automedicación.



INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION.....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS.....	18

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

2.1.1 Consideraciones generales.....	19
2.1.1.1 Historia.....	19
2.1.1.2 Incidencia.....	22
2.1.2 Anatomía del Apéndice.....	25
2.1.3 Etiología y Etiopatogenia.....	27
2.1.4 Diagnóstico.....	32
2.1.4.1 Signos clínicos.....	33
2.1.5 Diagnóstico diferencial.....	45

2.2 FORMAS CLÍNICAS

2.2.1 Apendicitis en niños.....	46
2.2.2 Apendicitis en ancianos.	46
2.2.3 Apendicitis en el embarazo	48
2.2.4 Apéndice de localización atípica.	49
2.2.5 Apendicitis en el Muñón Apendicular.....	49

2.3 EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

2.3.1 Laboratorio.....	51
2.3.2 Imagen.....	54



2.3.3 Escala de Alvarado.....	61
2.4 TRATAMIENTO.....	61
2.4.1 Tratamiento operatorio.....	63
2.4.1.1 Tratamiento operatorio convencional.....	63
2.4.1.2 Tratamiento por vía Laparoscópica.....	63
2.5 COMPLICACIONES DE LA APENDICITIS.....	65
2.6 COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA.....	67
2.6.1 Complicaciones tempranas.....	67
2.6.2 Complicaciones Tardías.....	71
2.7 PRONOSTICO.....	72
2.8 CURIOSIDADES.....	73
CAPITULO III	
3. OBJETIVOS	
3.1 General	73
3.2 Específicos.....	73
CAPITULO IV	
4. DISEÑO METODOLOGICO	
4.1. Diseño general del estudio.....	74
4.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.....	74
4.3 Variables de estudio.....	75



4.4 Operacionalización de las variables.....	76
4.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	80
4.6 Procedimiento para garantizar aspectos éticos.....	80
4.7 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de datos.....	81
4.8 Análisis de la información y presentación de resultados.....	82

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio.....	83
5.2 Características de la población de estudio.....	84

CAPITULO VI

6. Discusión.....	149
-------------------	-----

CAPITULO VII

7. 1 Conclusiones.....	154
7.2 Recomendaciones.....	155

ANEXOS.....	157
--------------------	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	160
--	------------



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“FACTORES DE RIESGO EN APENDICITIS AGUDA
COMPLICADA EN PACIENTES DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO DE CUENCA. AÑOS:
2006, 2007 Y 2008”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO**

DIRECTOR:

Dr. RUBÉN ASTUDILLO MOLINA

AUTORAS:

RUTH LOPEZ

PAULINA MALDONADO

ASESOR:

DR. JULIO JARAMILLO OYERVIDE

CUENCA-ECUADOR

2010



DEDICATORIA

En un largo camino recorrido lleno de logros, satisfacciones y momentos difíciles, mi vida y mi trabajo van dedicadas a la persona más importante de mi vida, que ha sabido llenar mi vida de amor y me enseñó el camino correcto, a la que amo inmensamente , mi madre, gracias por tanto amor y cariño que sólo tu lo sabes entregar.

No puede dejar de mencionar a mi hermana Alex y July, porque sin ellas nada de esto sería posible, son nobles, buenas y siempre estuvieron para apoyarme.

Dios el más grande protector y benefactor de mi vida, has sido



el sendero que no me ha permitido salir del camino, su amor llena mi vida de felicidad y me ha dado la oportunidad de realizarme y cumplir con mis sueños y mis obligaciones, solo a él debo agradecerle haber encontrado el amor.

RUTH LOPEZ VASQUEZ.



DEDICATORIA

Esta tesis es una parte de mi vida y el comienzo de otras etapas por esto y más, la dedico a mi madre, Piedad, que gracias a sus consejos y palabras de aliento, crecí como persona. A mi padre Lizardo, por estar a mi lado apoyándome y aconsejándome. A mi hermana, Mayra, por estar siempre presente brindándome su apoyo y confianza. Pues me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y



todo sin pedir nunca nada a cambio.

A mi Dios Jehová, por enseñarme el camino correcto de la vida, guiándome y fortaleciéndome cada día.

Gracias por todo queridos padres por darme una carrera para mi futuro, y por creer en mi, pues siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor

Nunca les podré estar suficientemente agradecida.

PAULINA MALDONADO TENESACA



AGRADECIMIENTO

A lo largo de nuestra carrera universitaria y luego de años de sacrificio y esfuerzo, llegamos finalmente a una nueva etapa de nuestras vidas, en la que podemos ejercer los conocimientos que nuestros estimados docentes han sabido impartir, sumado a los valores humanos y demostrados a cada paciente, que buscan el nosotros mejorar su salud física y espiritual.

Como demostración de nuestro más sincero afecto y gratitud, agradecemos de manera formal a los distinguidos catedráticos, Dr. Rubén Astudillo Molina quien se digno dirigir este trabajo y al Dr. Julio Jaramillo Oyervide asesor del mismo, quienes entregaron todo su tiempo, dedicación e interés, para que esta investigación se lleve a cabo de la mejor manera.



RESPONSABILIDAD

Los criterios vertidos en este informe son
de exclusiva responsabilidad de sus
autores:

Ruth López V.

CC: 0103327334

Paulina Maldonado T.

CC: 0302169123



TITLE

“RISK FACTORS IN COMPLICATED ACUTE APPENDICITIS IN PATIENTS OF THE VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL OF CUENCA IN THE YEARS: 2006, 2007 AND 2008.”

ABSTRACT

Objective: To determinate risk factors for complicated acute appendicitis in patients of Vicente Corral Moscoso Hospital in the years: 2006, 2007 and 2008.

Methods: We reviewed the medical records patients of all services of the Vicente Corral Moscoso Hospital, patients with diagnose of complicated acute appendicitis.

RESULTS: We included 235 patients, 91 of them (38,72%) underwent a delayed operation attributed to the delay going to the hospital by the patient. In 58 patients (24,68%) the delay between 3 and 4 hours was attributed to health services. Of all patients who had complications after, 167 patients (71,06%,) had self-medication. The most common complication found was drilling, in 85 patients (36,17%).

Conclusions: A high percentage of patients who are delayed between 25 and 72 hours from the onset of symptoms and surgery. The most important factors that determine the delay are: the fact that the same patient is delayed in going to health services and that there are geography difficulties in transporting patients. Self-medication is one of the most important factor of complication of appendicitis.

Key words: Appendicitis, delays, complications, self-medication.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Los primeros conocimientos sobre el apéndice cecal fueron referidos por los anatomistas Carpi y Estienne en el siglo XIX. En 1742, el cirujano francés Mestivier, descubrió un apéndice purulento. Parkinson en 1918 realizó la autopsia en un niño muerto después de presentar dolor abdominal agudo, vómito intenso y fiebre alta. Encontró además de una peritonitis generalizada el apéndice inflamado y perforado (14).

En 1886 el anatomista y patólogo Reginald Heber Fitz, rechazó el término empleado de peritiflitis y recomendó que el mismo sea remplazado por el de “apendicitis”. Morton de Filadelfia el 27 de abril de 1887 realizó con éxito la primera apendicectomía, recurriendo a todos los métodos antisépticos conocidos (14).

En el Ecuador, se realizan las primeras apendicectomías a finales del siglo XIX, en manos del Dr. Francisco Xavier Martínez Aguirre. El 20 de julio de 1932, la sociedad médico quirúrgica del Guayas, abre un debate sobre si la apendicitis era una afección médica o quirúrgica, en dicha



sesión se debatió en forma animada e interesante el tema de apendicitis y si existe uno, es el quirúrgico (14).

La tasa de apendicectomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicectomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100000 pacientes, desde el año 1970. A pesar de la aparición de nuevas técnicas de diagnóstico, la apendicitis se diagnostica erróneamente en un 15% de los casos y no se ha notado una disminución en la tasa de ruptura de un apéndice inflamado desde los años 1990.

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente. Constituye alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen agudo quirúrgico. Entre el 5-15% de la población, padece este cuadro en algún momento de su vida. La máxima incidencia tiene lugar en la segunda y tercera década de la vida. Para disminuir en edades extremas(5). Y es innegable una tendencia hereditaria(2,4,6)

Aproximadamente el 7% de individuos en los países occidentales desarrollan apendicitis alguna en su vida y alrededor del 200000 apendicectomías son practicadas en estados unidos cada año, los pacientes con dolor abdominal representan entre 5-10% de todas las consultas



en los departamentos de emergencia de los Estados Unidos. De estos pacientes solo el 4.3% serán diagnosticados como portadores de apendicitis aguda. La apendicitis es rara en algunas partes del África y Asia, quizá debido a la alimentación de alto residuo, ingerida por los habitantes de algunos países en desarrollo. (1,5)

En el Ecuador a fines de 1995, la apendicitis aguda fue un problema de salud pública importante, ubicándose en el octavo lugar, entre las 10 primeras causas de morbilidad, con una tasa de 9.5 por cada 10000 habitantes. En la provincia del Azuay, 635 egresaron con el diagnóstico de apendicitis aguda en el mismo año(28), durante el cual se realizaron 160 apendicectomías, en el hospital Vicente Corral Moscoso. De ellas, 25% correspondieron apéndices normales, y 29% fueron catalogadas como apendicitis complicadas.(28)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis aguda ocupa un lugar entre las cinco causas más comunes de litigios exitosos de mala práctica médica por complicaciones que resultaron de la demora del tratamiento, la demora en el diagnóstico, y en la instauración del tratamiento definitivo, que resulta en un



incremento en la morbilidad relacionada a perforación, peritonitis, formación de abscesos, pileflebitis(5).

Por lo antepuesto surge la necesidad de investigar cuales son los factores de riesgo que condicionan la complicación de una apendicitis aguda, y de esta manera intervenir mediante el aporte de información clara y sencilla concerniente al tema, para lograr una verdadera concienciación sobre el tema(5).

A pesar de que los cirujanos se han venido enfrentando a la apendicitis durante más de 100 años, su diagnóstico sigue presentando dificultades. Algunos cirujanos con experiencia pueden diagnosticarla con precisión en el 80% de los casos (3,12)

Sin embargo suelen ser los más jóvenes quienes han de decidir si su paciente con dolor en la fosa iliaca derecha, debe ser operado o no. Su decisión pudiera ser equivocada en alrededor del 50% de los casos.

En el 80% de los casos el apéndice se perfora antes de las 36 horas de iniciados los síntomas(6,9).

El recuento leucocitario se ha convertido en un instrumento diagnostico universal; este se eleva en un 25-70% de los enfermos, con dolor en la fosa iliaca derecha, por causa diferentes de apendicitis (12)



El retraso en buscar atención médica parece ser la principal razón de la perforaciones, solo ha permitido que la enfermedad siga su evolución natural. La apendicitis, ha progresado hasta la perforación en el momento de la apendicectomía, cercano a 50% de los pacientes menores de 10 años o mayores de 50 años. En este último grupo se producen casi todas las muertes. Con el aporte de nuevas técnicas diagnósticas podemos mejorar en índice diagnósticos en casos sospechosos de apendicitis aguda, reducir el porcentaje de apendicectomías innecesarias, sin aumentar el número de perforaciones apendiculares, lo que redundará en beneficio para el paciente, la institución y la colectividad en general, al existir menor ausentismo laboral y el ahorro de recursos para el patrono y el trabajador(6,27).

De acuerdo a lo expuesto las soluciones se verán encaminadas abordar aspectos fundamentales de la enfermedad, determinando los factores de riesgo y su influencia en la complicaciones de la apendicitis aguda

1.3 JUSTIFICACION

Consideramos que es de gran importancia conocer la influencia que tienen los factores de riesgo en las complicaciones de la apendicitis aguda , por lo yanto los



resultados de nuestra investigación serán entregado en el departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso, para de esta manera contribuir a la actualización de datos estadísticos que permitan corroborar o modificar los factores actualmente establecidos en las complicaciones de la apendicitis aguda, y así brindar una atención rápida, adecuada y oportuna a los pacientes.

Los resultados serán entregados en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, los mismos que serán de acceso y utilidad para docentes y estudiantes en futuras investigaciones y en la revisión teórica de las complicaciones de la apendicitis aguda.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

2.1.1 CONSIDERACIONES GENERALES

2.1.1.1 HISTORIA

Los primeros conocimientos sobre el apéndice cecal fueron referidos por los anatomistas Carpi y Estienne en el siglo XVI, asombrados por el descubrimiento que hicieron en una de las muy pocas autopsias realizadas en aquellos tiempos. Vidus Vidius, designa un hallazgo similar con el nombre de "apéndice vermiforme" por su similitud con un



gusano(1). En 1554 Jean Fernel, médico francés, informo por primera vez un caso de apendicitis. Su descripción corresponde a la de una niña a quien su abuela había dado un membrillo para controlar la diarrea; desarrollo dolor abdominal, de gran intensidad y murió. En la necropsia se encontró que el apéndice estaba necrótico y perforado. (2)

Su existencia esta descrita desde los egipcios quienes lo denominaron “*gusano del intestino*”. Leonardo Da Vinci, en 1492, dibujó el apéndice en su sitio y más tarde, en 1543, Andreas Vesalius, lo describe sin asignarle ningún papel, en su *De Humani Corporis Fabrica*.(6) En 1710 Verheyen la llama por primera vez “apéndice vermiforme” .(4)

En 1735 Claudis Amyand realiza la primera Apendicectomía paciente varón de 11 años que presentaba una hernia inguinoescrotal derecha mas fístula cecal por perforación de Apendicitis Por un alfiler. (4)

Parkinson, en 1812 realizó la autopsia en un niño muerto después de presentar dolor agudo abdominal, vómito intenso y fiebre alta. Encontró además de una peritonitis generalizada el apéndice inflamado y perforado. Parkinson, fue el primero en indicar una relación de causalidad entre la supuración del apéndice y las peritonitis generalizadas pero



sus conclusiones no despertaron interés alguno y las personas seguían muriendo con el síndrome.(1)

En 1827 Meiller correctamente atribuyó como “tumor iliaco” a una masa purulenta debida a inflamación del apéndice pero esta teoría fue criticada por los cirujanos de la época’ .(4)

En 1830 Goldbeck recopiló 30 casos de apendicitis aguda que llamó “peritiflitis” pero él creyó que el inicio era en el ciego.(4)

En 1886 Reginald Fitz patólogo y profesor de Medicina de Harvard tiene el crédito de describir los síntomas y signos y acuñar el término de “apendicitis” en su notable “Inflamación perforante del apéndice vermiforme”, y preconizar su remoción quirúrgica temprana. (15)

En 1887 T. G. Morton hizo la primera apendicectomía exitosa por ruptura del apéndice y a partir de entonces la operación para apendicitis se hizo común.(3)

En 1889 Charles Mcburney describe el punto máximo del dolor y 5 años más tarde publica sus casos(4) y razonó correctamente que, realizar una operación exploratoria prontamente con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perfora, era menos dañino que el tratamiento expectante. (3)



. En 1902 se le drena a Eduardo VII (Inglaterra) un absceso apendicular con éxito que popularizó el tratamiento quirúrgico. En 1977 Dekok comunica la extirpación de apéndice inflamado con técnica combinada laparoscopia con Mini Laparotomía. (4)

En 1986 Patrick O´reagen cirujano general de Vancouver Columbia Británica realiza la primera apendicectomía laparoscopica en apendicitis aguda(4)

En el Ecuador, se realizan las primeras apendiceptomías a finales del siglo XIX en manos del Dr. Francisco Xavier Martinez Aguirre; continuó la obra el Dr. Miguel H. Alcivar Vásquez, el mismo que inicia las apendicectomías preventivas aconsejadas por Murphy.(1)

2.1.1.2 INCIDENCIA

Se observa en todas las edades, con máxima intensidad entre los 10 y 30 años siendo mas frecuente en la juventud lo que se ha vinculado al desarrollo del tejido linfoide además hay que tener en cuenta que a esa edad predominan los trastornos intestinales(4), es rara en los extremos de la vida, y es innegable una tendencia hereditaria(14)

Es el trastorno quirúrgico agudo más común del abdomen(15), en el que exceptuando las hernias estranguladas, es la causa más frecuente de dolor



abdominal intenso y súbito y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países(5).

Las apendicectomías representan el 1% de todas las cirugías, su incidencia ha ido disminuyendo por razones no claras(15).

Es también una causa importante de cirugías pediátricas, frecuente en preescolares y escolares con cierto predominio en los varones y una predisposición familiar(5).

La tasa de apendicectomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicectomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10,000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1970. (5)

En el mundo, la incidencia de apendicitis es mucho menor en países en vías de desarrollo, sobre todo en algunas partes de África y en los grupos de menor nivel socioeconómico. A pesar de la aparición de nuevas y mejoradas técnicas de diagnóstico, la apendicitis se diagnostica erróneamente en un 15% de los casos y no se ha notado una disminución en la tasa de ruptura de un apéndice inflamado desde los años 1990(5)

La literatura reporta que en los Estados Unidos aparecen aproximadamente 297 000 casos anuales de apendicitis aguda (47% de las 550 000 apendicectomías anuales) y se



considera que 1 de cada 15 personas desarrollará apendicitis en algún momento de su vida(6)

Anualmente, se realizan cerca de 4 apendectomías por cada 1,000 niños menores de 18 años en los Estados Unidos. Es más común en los varones que en las mujeres; la mayor incidencia aparece al final de la adolescencia y alrededor de los 20 años. Este padecimiento no es común en menores de dos años, pero puede ocurrir. (22)

Se describió una clara tendencia decreciente entre los años 1940 y 1960 y es aceptado que la enfermedad es más frecuente en hombres (3:2), rara en infantes, muy importante como causa de enfermedad en adolescentes y adultos jóvenes hasta los 30 años, luego de lo cual nuevamente disminuye en frecuencia a la vez que la relación entre hombres y mujeres se iguala 1:1.(23)

Según los datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), en los últimos años se reportaron 48 276 casos de apendicitis en el país, de los cuales 12 917 correspondieron a la provincia de Pichincha.(6,8)

podemos establecer que aproximadamente se presentó 1 caso de apendicitis por cada 1054 habitantes(6,8)

Es la causa más frecuente de Abdomen Agudo Quirúrgico en las salas de urgencias el 1 al 17% son Apendicectomías. (4)



Aproximadamente 7% de la población será operado de una apendicectomía debido a una apendicitis aguda.(5)

La perforación ocurre en aproximadamente el 19% al 35% de los pacientes con apendicitis. La apendicitis perforada aumenta las tasas de muchas complicaciones y sustancialmente la morbilidad y mortalidad en los ancianos. Los pacientes con apendicitis perforada tienen una duración más larga de los síntomas antes de la cirugía y es más probable que sean niños menores de 3 años o adultos mayores de 50 años .(10) Puede ser muy fácil de diagnosticar y ser en otros casos extraordinariamente difícil especialmente en las etapas extremas de la vida(4).

2.1.2 ANATOMÍA DEL APÉNDICE

El apéndice cecal o vermicular morfológicamente representa la parte inferior del ciego primitivo. Tiene la forma de un pequeño tubo cilíndrico, flexuoso, implantado en la parte inferior interna del ciego a 2-3 cm por debajo del ángulo iliocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. Sus dimensiones varían desde 2,5 cm, su anchura de 6-8 mm, es mayor a nivel de la base del órgano, la cual a veces (en niños) se continúa con la extremidad del ciego, sin línea de demarcación bien precisa. Exteriormente es liso de color gris rosado.(3)



La constitución de la pared del apéndice es similar a la del intestino delgado: *mucosa, submucosa, muscular y serosa (peritoneo visceral)*. La función del apéndice humano es desconocida. (7)

Aparentemente no desempeña ningún papel en la patogenia de la apendicitis.(3). Dotado de un *mesenterio* propio, hace posible la gran variedad de posiciones con relación con el ciego y con la cavidad abdominal.

Posición: Las posiciones posibles y sus denominaciones son las siguientes:

XI: Paracólico ; XII: Retrocecal ; II: Mesocelíaco; IV: Pelviano ; VI: Medioinguinal (7). La posición del apéndice es retrocecal y retroileal en el 65% de los casos, descendente y pélvica en el 30% y retroperitoneal en el 5%.(16) Estas distintas situaciones y posiciones que adquiere el apéndice nos explican la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces dificultan el diagnóstico de apendicitis aguda.(3)

Fijación.- El apéndice se encuentra fijado en su base al ciego y a la porción terminal del ileo por el mesoapéndice. El apéndice está constituido por cuatro túnicas, una serosa, una muscular, la submucosa y mucosa(3).

La túnica serosa que recubre a toda la superficie es lo que va a constituir el meso del apéndice y en cuyo borde libre



discurre la arteria apendicular. La túnica muscular sólo dispone de dos capas de fibras musculares: las longitudinales y las circulares(3).

La túnica mucosa y submucosa es igual a la del intestino grueso, presenta un epitelio cilíndrico, una estroma reticulada, una muscular mucosa y glándulas tubulares. Sólo se diferencia por el tejido linfoide de gran desarrollo que se ha comparado a la amígdala o a una vasta placa de Peyer.(3)

Vasos y Nervios.- El apéndice está irrigada por la arteria ileocolica a través de su rama ileal o cecal, la arteria por lo general es única, además de las arterias apendiculares la base del apéndice puede estar irrigado por una pequeña rama de la arteria cecal anterior o posterior. (4)

Los linfáticos que se inician en los folículos linfoides atraviesan directamente la túnica muscular y van a continuarse con los linfáticos subserosos del apéndice, del ciego, del colon ascendente, del mesenterio, etc.

Los nervios del apéndice proceden, como los del ciego, del plexo solar, por medio del plexo mesenterio superior.(3)

2.1.3 ETIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

Se admiten factores predisponentes o asociados con el cuadro apendicular, así: los excesos alimentarios, las dietas carneas y el estreñimiento deben tenerse en cuenta.



Etiológicamente se ha considerado como mecanismo principal de inicio de la apendicitis aguda, la La Hiperplasia de los folículos linfoides constituye el 60%, Fecalitos o Coprolitos 35%, Cuerpos extraños 4%, Estenosis, tumores 1% y Parásitos 1%. (3,4,5,7).

Otro factor desencadenante son los cuerpos extraños localizados en la luz apendicular, entre ellos el coprolito, se encuentra en aproximadamente 30% de casos(3,7,5).

Aún cuando se ha demostrado la presencia de bacterias (*enterococcus*, *estreptococcus beta hemolítico*, *Escherichia coli*), no ha sido posible confirmar si éstas invaden directamente la pared apendicular para causar apendicitis o si llegan por vía hemática o linfática tras el inicio de la enfermedad. (6) Sin embargo, hay un dato importante que se fundamenta en algunos estudios que han demostrado hasta un 5% de participación directa de *Yersinia enterocolitica* en la etiopatogenia de la apendicitis aguda. (6) Las infecciones (*Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis* o larva de *Taenia*) pueden también ocluir la luz del apéndice—la presencia de semillas es muy raro—lo cual causa una obstrucción con aumento de la presión por la producción de mucosidad propia del órgano. (5) Los cuerpos extraños, acodamientos o bridas en el apéndice pueden producir obstrucción de la luz, asimismo la



tuberculosis peritoneal, así como el tumor carcinoide, linfomas ocasionalmente pueden causar obstrucción o apendicitis.(3) El aumento progresivo de la presión intraapendicular va ocluyendo la luz del órgano y por presión externa resulta en trombosis y oclusión primero los capilares linfáticos, luego los venosos y al final, los arteriales, conduciendo a isquemia que evoluciona a gangrena, necrosis y posteriormente a perforación. La perforación conduce a una peritonitis y esta aumenta el riesgo de mortalidad del paciente. Esta ruta de progresión de la enfermedad se interrumpe con el tratamiento quirúrgico y muy rara vez se recupera espontáneamente.(5,18): Las bacterias intestinales se escapan a través de las paredes del apéndice, se forma pus dentro y alrededor del apéndice y el resultado de una ruptura de este tipo es una peritonitis, que puede conllevar a una sepsis infecciosa y disfunción orgánica múltiple y, eventualmente la muerte. (5)

La incidencia de fecalomas es mayor en países desarrollados que en países en desarrollo, frecuentemente asociado a las apendicitis complicadas(5).

Los apendicolitos y fecalomas aparecen en el apéndice probablemente debido a una retención fecal en el colon derecho y una prolongación en el tiempo del tránsito fecal por esa región.(5)



En la mayoría de los casos, el acontecimiento inicial es la ulceración de la mucosa, bien sea por etiología vírica o bacteriana como el caso del género *Yersinia*. (5,17)

También se ha sugerido que la estasis o parálisis total del flujo fecal juega un papel en la apendicitis (3,5,6).

Varios estudios ofrecen evidencias que una dieta baja en fibra tiene importancia en la patogénesis de la apendicitis. Ello puede ir asociado a un aumento en el reservorio fecal del colon derecho, pues la carencia de fibra en la dieta aumenta el tiempo de tránsito fecal. (5)

Basado en esa secuencia de eventos, la apéndice con signos de inflamación leve se conoce como *catarral*, la obstructiva se le llama *flegmonosa*, pasando luego a *gangrenosa*, *perforada* y finalmente *abscedada*.(13)

Apendicitis Congestiva o Catarral

Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, acúmulo de bacterias y reacción del tejido linfoide, que produce un exudado plasmoleucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. Todo esto macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa y se llama apendicitis congestiva o catarral(3,22).



Apendicitis Flemonosa o Supurativa

La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida por enterobacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas incluyendo la serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrino-purulento en su superficie; si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre(3,22).

Apendicitis Gangrenosa o Necrótica

Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, que llevan a una necrobiosis total. La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con microperforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuamente purulento con un olor fecaloideo (3,22).

Apendicitis Perforada

Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y



adyacente. Los infartos permiten el escape de bacterias y contaminación de la cavidad abdominal y la presión elevada provoca perforación en algunas de las zonas gangrenadas: apendicitis aguda perforada (apendicitis aguda complicada) y el líquido peritoneal se hace purulento y de olor fétido(3,5).

Toda esta secuencia debería provocar siempre peritonitis, si no fuera porque el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplon y asas intestinales adyacentes que producen un bloqueo del proceso que, cuando es efectivo, da lugar al PLASTRON APENDICULAR, y aun cuando el apéndice se perfora y el bloqueo es adecuado, dará lugar al ABSCESO APENDICULAR, éste tendrá una localización lateral al ciego, retrocecal, subcecal o pélvico y contiene una pus espesa a tensión y fétida(3). El plastrón Apendicular no es más que el bloqueo del proceso apendicular por adhesión protectora del epiplón y asas adyacentes y aún cuando el apéndice se perfora y el bloqueo es adecuado dará lugar al absceso apendicular (5).

2.1.4 DIAGNOSTICO:

El diagnóstico precoz, basado en una buena historia clínica, examen clínico exhaustivo condiciona a practicar una apendicectomía temprana sin complicaciones. El



diagnóstico de apendicitis aguda generalmente es clínico, el retardo en el mismo y el inicio del tratamiento médico son factores importantes que repercuten en la evolución y en el incremento de la morbimortalidad. De todas maneras se acepta llegar a un diagnóstico correcto confirmado por cirugía en un 90% de casos (3,5,12).

El examen físico debe comprender todo el cuerpo para tratar de descartar cualquier otra patología. Cuando se examina el abdomen es necesario comenzar por las zonas donde suponemos que existe menos dolor y en forma suave hasta llegar a los puntos y signos dolorosos del abdomen (3)

2.1.4.1 Signos clínicos:

Facies no característica, posición; las primeras horas reposo en posición dorsal. En la apendicitis complicada: posición antiálgica de semiflexión del muslo sobre el abdomen (4)

Pulso: Aumenta en proporción a la aparición de la fiebre. En la fase terminal se encuentra bradicardia.(4,17)

Temperatura: No esta presenta en la primera etapa de apendicitis aguda, al final de la etapa flemonosa e inicio de la supurada puede estar entre 37.5 y 38 grados centígrados. En ausencia de perforación es rara una temperatura más elevada. La fiebre es de 38° a 38.5°C.



Sin embargo, en los pacientes de edad extremas -neonatos y ancianos- la fiebre puede estar ausente o incluso puede haber hipotermia, hecho que es aplicable a cualquier enfermedad para pacientes de estas edades. La ausencia de fiebre no descarta una apendicitis. La tríada de dolor abdominal, diarrea y fiebre en niños es altamente sugestiva(4,6,16)

En el 75% de los casos existe la triada de Cope, que consiste en la secuencia dolor abdominal, vómitos alimentarios y febrícula(5)

El síntoma más temprano de apendicitis aguda es la anorexia, que traduce una respuesta peritoneal temprana cuyo objetivo es advertir al organismo que impida el uso del tracto digestivo. Clásicamente se insiste que la falta de este síntoma debe poner en duda el diagnóstico, pero hay quienes observan que el síntoma puede faltar en más del 40% de casos.(6)

La anorexia es el síntoma más común pero el menos sensible. Casi siempre hay anorexia, a tal punto que si el paciente tiene apetito, el diagnóstico de apendicitis debe ser puesto en duda. Las presentaciones atípicas son más frecuentes en las edades extremas y pacientes que toman medicación (antibióticos, esteroides, analgésicos)(4,5,16).



La presencia de condiciones o enfermedades crónicas coexistentes dificulta y retrasa el diagnóstico. La localización variable del apéndice puede llevar a presentaciones atípicas (retrocecales – pélvicas) con signos atípicos o reflejos.(4)

Una vaga sensación de “indigestión” suele preceder en varios días al comienzo del dolor. Náusea y vómito constituyen la prosecución de un mismo síntoma, la anorexia y por lo tanto su explicación es similar. Debe recordarse que la intensidad del vómito guarda relación con la gravedad de la enfermedad y que, por otra parte, puede aparecer como una respuesta refleja al dolor y por ende nunca lo precede. El vómito ocurre en un 50% a un 70% de casos, y característicamente no alivia el dolor.(6,17)

El dolor es el único parámetro constante en la apendicitis aguda, que en ocasiones constituye el motivo de consulta, lleva frecuentemente al diagnóstico erróneo de “gastritis”, con las consecuencias predecibles, por lo tanto en pacientes con dolor epigástrico explore siempre el cuadrante inferior derecho u otro sitio de dolor localizado. Cuando aparece la exudación y con ella la afectación del peritoneo parietal, el dolor se localiza en el sitio en que se encuentra el apéndice, convirtiéndose además en tipo continuo con exacerbaciones espontáneas o precipitadas



por cualquier movimiento. Por la relación anatómica mencionada, el dolor puede ubicarse hacia el cuadrante superior derecho (apéndice ascendente subhepática), flanco derecho (retrocecal), fosa lumbar derecha (retroperitoneal), mesogastrio (retroileal), área suprapúbica (apéndice pélvico), cuadrante inferior izquierdo (ciego móvil con apéndice largo, *situs inversus*). (6)

La tendencia habitual durante la crisis de apendicitis aguda es al *estreñimiento*, también puede ser un síntoma presente en los niños. Es menos frecuente observar diarrea y su aparición se relaciona con un proceso irritante de vecindad sobre el íleon o el recto y se asocia con perforación en un 25% de pacientes, especialmente niños.(6,17)

En algunos casos aparece disuria, si esta no se asocia con cambios en la frecuencia, color y olor de la orina, considérese la posibilidad de una apendicitis que contacta con la vejiga urinaria. Es posible también que el paciente sienta pujo cuando el apéndice contacta con el recto intraperitoneal en la profundidad de la pelvis o bien dolor testicular cuando el órgano se introduce en una hernia. En todo caso la presencia de síntomas urinarios, genitales o rectales que puedan traducir otra patología diferente, no



necesariamente excluyen la posibilidad de una apendicitis aguda concomitante.(6)

El primer paso en la evaluación de una posible apendicitis aguda es el frote delicado del pulpejo del dedo índice para buscar hiperestesia cutánea, maniobra que al ser positiva nos revela la necesidad de buscar rebote peritoneal(1,6).

La búsqueda de los **puntos dolorosos topográficos** permiten configurar el diagnóstico y aproximarnos a la posible ubicación del apéndice, por lo que no debe excluirse la valoración de los siguientes sitios clave:

- Punto de McBurney: en la unión del tercio inferior (externo) con el tercio medio de la línea umbílico-espinal derecha. Es uno de los signos más frecuentes en el diagnóstico de la apendicitis. Se trata de un reflejo viscerosensitivo de intensidad mediana, sensación de distensión o desgarro, más desagradable que insoportable y que hace que el paciente adopte una posición antálgica de semiflexión, tratando de no realizar movimientos que acentúen el dolor(3,5,6).
- Punto de Morris: en la unión del tercio medio con el tercio superior (interno) de la línea umbílico-espinal derecha, se asocia con la ubicación retroileal del órgano (6).



- Punto de Lanz: en la convergencia de la línea interespinal con el borde externo del músculo recto anterior derecho, se obtiene cuando el apéndice tiene localización pélvica (3,6).
- Punto de Lecene: a aprox. dos centímetros por arriba y por afuera de la espina ilíaca anterosuperior. Es casi patognomónico de las apendicitis retrocecales y ascendentes externas(3,6).

Existen cinco maniobras complementarias de utilidad en la valoración del paciente:

- **Maniobra de Rovsing:** comprime de manera suave y progresiva el colon izquierdo valiéndose de las eminencias tenar e hipotenar de la mano derecha. La presión en la fosa ilíaca izquierda genera desplazamiento del gas en el marco cólico en forma retrograda, y al llegar dicho gas al ciego se produce dolor en la fosa ilíaca derecha. También se produce el mismo fenómeno presionando sobre el epigastrio, conocido como signo de Aaron o, si es en el hipocondrio derecho, Signo de Cheig.(5,6,13)
- **Maniobra de Blumberg:** se profundiza delicada y progresivamente la palpación en el área apendicular y se retira la mano en un solo movimiento para despertar rebote peritoneal. El signo es exclusivo de la apendicitis



aguda y su descripción original indica comprimir y descomprimir en el cuadrante inferior izquierdo(6)

El signo contralateral de Blumberg se realiza de la misma manera, pero presionando la fosa ilíaca izquierda y despertando dolor en fosa ilíaca derecha(3).

- **Maniobra del psoas:** A menudo, el apéndice inflamado se ubica justo por encima del llamado músculo psoas de modo que el paciente se acuesta con la cadera derecha flexionada para aliviar el dolor causado por el foco irritante sobre el músculo. El signo del psoas se confirma haciendo que el paciente se acueste en decúbito supino mientras que el examinador lentamente extiende el muslo derecho, haciendo que el psoas se contraiga. La prueba es positiva si el movimiento le causa dolor al paciente(3,5,6).
- **Maniobra de Cope o del obturador:** El signo del obturador se demuestra haciendo que el paciente flexione y rote la cadera hacia la línea media del cuerpo mientras se mantiene en posición acostada boca-arriba, o posición supina. La prueba es positiva si la maniobra le causa dolor al paciente, en especial en el hipogastrio Aunque este signo también se presenta en casos de absceso del psoas.(2,5)
- **Maniobra de Alders o de la presión cambiante:** en mujeres embarazadas permite diferenciar el dolor de



origen uterino del de origen apendicular, para lo cual se hace la palpación del sitio de dolor y luego se procede a colocar a la enferma en decúbito lateral izquierdo. Si el dolor es de origen uterino, migrará hacia el lado izquierdo, mientras que si es de origen apendicular se mantendrá en el sitio inicial. En tal condición se marca el sitio de dolor y se coloca al paciente en decúbito lateral derecho, con lo que se logra una migración del punto doloroso (2,6).

- **Signo de la Roque.-** La presión continua en el punto de Mc Burney provoca en el varón el ascenso del testículo derecho por contracción del cremáster(2,3).
- **Signo de Gueneau de Mussy.-** Es un signo de peritonitis, se investiga descomprimiendo cualquier zona del abdomen y despertando dolor(2,3).
- **Maniobra de Jacob.-** dolor a nivel de fosa iliaca derecha, al descomprimir la fosa iliaca izquierda(2).
- **Retracción del testículo derecho.-** Al presionarse uniformemente el punto de Mc Burney(2).
- **Signo de Ten Horn.-** Provocación de dolor por retracción del cordón espermático derecho. Traduce irritación peritoneal a nivel del anillo inguinal interno o profundo (2).
- **Signo de Mathieu (o del “Lazo de Zapato”).-** provocación de dolor en la fosa iliaca derecha, cuando



el paciente sube el pie a una silla y simula amarrarse el zapato (2).

- **Hiperestesia cutánea de Sherren.-** Hipersensibilidad superficial en la zona apendicular(2,3).
- Otras zonas dolorosas se pueden encontrar en casos de situación ectópica del ciego y apéndice. De ellos los más frecuentes son los subhepáticos.(2,3)
- **Tacto rectal.-** Es un examen que debe realizarse de rutina. Aunque en muchas ocasiones 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 plastron o absceso apendicular. Aparte de esto en muchas oportunidades es útil en el diagnóstico diferencial de casos ginecológicos.(2,3,6)
- Existe un signo importante y raro que debe tenerse en cuenta, llamado "**calma mortal**", se produce cuando se perfora el apéndice dejando de ejercer presión intraluminal, esta condición disminuye el dolor y el paciente se encuentra mas aliviado por un pequeño período de tiempo.

Existe un signo bastante práctico para el diagnóstico de apendicitis, el mismo que ha reportado tener alta



sensibilidad es el "signo del taloneo", consisten en solicitar al paciente que se mantenga parado en puntillas y que a la orden nuestra haga caer el peso del cuerpo sobre los talones. El signo es positivo si al caer se produce dolor sobre el cuadrante inferior derecho. El signo también se lo puede buscar en pacientes acostados, golpeando la planta del pie derecho del sospechoso con nuestro antebrazo. El tacto vaginal en la mujer sexualmente madura es de gran importancia, especialmente para diferenciar los procesos del área ginecológica.(3,22) En los casos de que el apéndice esté ubicado detrás del ciego, la presión profunda del cuadrante inferior derecho puede no mostrar dolor, llamado *apéndice silente*. Ello se debe a que el ciego, por estar distendido con gases, previene que la presión del examinador llegue por completo al apéndice. Igualmente, si el apéndice se ubica dentro de la pelvis, por lo general hay la ausencia de rigidez abdominal. En tales casos, el tacto rectal produce el dolor por compresión retrovesical. El toser produce dolor en el punto de McBurney, el cual es la forma menos dolorosa de localizar un apéndice inflamado. El dolor abdominal puede empeorar al caminar y es posible que la persona prefiera quedarse quieta debido a que los movimientos súbitos le causan dolor(5,13).



Es posible detectar defensa muscular que llega a la contractura en los casos complicados y ambos datos habitualmente se asocian con la presencia de un plastrón apendicular. Debemos insistir que la existencia de hiperestesia cutánea o rigidez de la pared abdominal convierten en una crueldad la ejecución de la maniobra de Blumberg, porque evidentemente hay severo compromiso peritoneal. Cabe recordar que todos los signos aquí descritos estarán ubicados al lado contrario en los raros casos de *situs inversus totalis*.(6)

Uno de los paradigmas arraigados en la práctica quirúrgica es aquel que considera que “el examen abdominal no está completo sin un examen digital del recto” y que con algo de gracia nos habla de las dos contraindicaciones para no realizar un tacto rectal “que el examinador no tenga dedos o que el paciente no tuviera ano”. No compartimos esta idea y creemos que como cualquier examen, la palpación rectal y la vaginal deben conllevar una intención categórica (por ejemplo palpar un posible tumor en el recto o diferenciar el origen pélvico-genital del dolor) que no pueda ser descartada por el análisis del interrogatorio o que, en su defecto, dicho interrogatorio convierta esa sospecha en altamente posible. Estamos convencidos de que resulta menos agresivo tanto física como psicológicamente una anamnesis bien dirigida, pues evita una maniobra siempre



molesta cuando no dolorosa y respeta el pudor del enfermo/a. Varios estudios nos permiten sostener esta opinión.(2,5,6)

La percusión del abdomen pretende cumplir dos objetivos clave: uno, definir con bastante exactitud el sitio de máximo dolor, lo que se logra percutiendo suavemente el hemiabdomen derecho de arriba hacia abajo (la prueba reemplaza a la del “dedo indicador”, de indudable valor diagnóstico). La segunda meta trata de buscar un signo de Jobert positivo, como traducción de neumoperitoneo que puede encontrarse hasta en 2% de pacientes con apendicitis aguda perforada.(6)

Los ruidos peristálticos pueden ser inicialmente hiperactivos por un estímulo proveniente de la distensión intestinal. La progresión del proceso puede disminuir la intensidad y frecuencia de la peristalsis debido al íleo, pudiendo llegar al silencio intestinal en un 40% de pacientes sin perforación apendicular y en un 90% de perforados. En pacientes ancianos, en los cuales habitualmente el diagnóstico es tardío y el cuadro predominante es obstructivo, nosotros hemos encontrado ruidos de tono metálico. Es posible, aunque inusual, encontrar un peristaltismo totalmente conservado y de caracteres auscultatorios normales.(6)



Sin embargo, el diagnóstico de apendicitis aguda a menudo es obstaculizado por síntomas inexpresivos oscurecidos por una enfermedad crónica intercurrente, como la diabetes mellitus (10)

2.1.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial en la apendicitis aguda reviste gran importancia para cualquier médico, por tratarse de una entidad frecuente y porque el error diagnóstico implica complicaciones con morbilidad y mortalidad altas.(16)

Si el paciente presenta signología de Murphy el diagnóstico es fácil. Si esta signología se invierte hay que dudar del mismo. Temperatura al inicio de 39°C o más, el dolor no tan vivo, buscar otra causa: gripe, amigdalitis, procesos virales.(3)

Debe establecerse con una larga serie de procesos abdominales agudos, dentro de lo que se denomina genéricamente un cuadro de **abdomen agudo**:

- Neumonitis y pleuritis basales derechas
- Gastroenteritis aguda
- Adenitis mesentérica aguda
- Inflamación aguda del divertículo de Meckel
- Ileítis regional en la enfermedad de Crohn
- Perforación úlcera gastroduodenal
- Colecistitis aguda
- Diverticulitis del colon sigmoides
- Cólico renal



- Pielonefritis aguda
- Peritonitis primaria
- Parasitosis intestinal
- Diverticulosis.
- Perforación tífica
- Enteritis regional
- T.B.C. peritoneal
- Tumores
- Litiasis renal o ureteral
- Infección urinaria
- Endometritis
- Púrpura de Henoch Schonlein
- Hernia inguinal o crural encarcelada
- Uremia
- torsión testicular
- pancreatitis
- hematoma de la vaina del músculo recto mayor del abdomen
- aneurisma de aorta con fuga.
- Labor de parto (Termino prematuro)
- Abruptio placentae (Placenta previa)
- Coriamnionitis
- Epididimitis
- Mononucleosis
- Carcinoma de colon complicado.(1,2,3,4,5, 17,22)

2.2 FORMAS CLÍNICAS

2.2.1 Apendicitis en niños

Es indudable que el interrogatorio y los exámenes semiológicos son más difíciles por la irritabilidad del paciente y su falta de



colaboración para el examen físico,. esto produce demora en la operación haciendo que la morbi-mortalidad sean mayores en niños de edad preescolar que en los mayores de 5 años. Tener en cuenta que el cuadro es atípico, con fiebre más alta y más vómitos.(1,3,5)

En ocasiones en niños con apendicitis de localización pélvica puede suceder una erección peneana, debido a la irritación del peritoneo sobre la fascia de Waldeyer ocasionando un estímulo parasimpático, dicho evento es conocido como signo de Eros. Si la palpación del abdomen produce una rigidez involuntaria, se debe sospechar una peritonitis, que es una emergencia quirúrgica. En los preescolares la tasa de perforación varía entre 50 y 85%, debido a que presenta epiplon corto y el apéndice se puede perforar antes de las 24 horas (peritonitis), y en estos casos debemos conocer que el niño antes de los 4 años no presenta abdomen en tabla. La apendicitis en lactantes es una entidad rara debido a que la luz es amplia hasta los dos años de edad pero no infrecuente, en la literatura medica existen descritos casos de apendicitis en recién nacidos e incluso en prematuros. 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.

Es clásico el estudio de Jackson realizado en niños hasta los 12 años con apendicitis aguda donde el 50% ya tenían un apéndice perforado en el momento del ingreso(3,5,22).



2.2.2 Apendicitis en ancianos.

La frecuencia de apendicitis aguda en el anciano fluctúa entre el 3 y 10% del total de apendicitis diagnosticadas. En este grupo de pacientes, la apendicitis tiene un peor pronóstico que en las otras edades, primero por tener en la mayoría de los casos enfermedades sobreañadidas y en segundo lugar por estar relacionado con una mayor incidencia de perforaciones apendiculares en el momento operatorio, del 32 al 70% del total de apendicitis operadas.(1)

Los síntomas y signos son muy poco sugestivos, además de una progresión más rápida de la enfermedad, todo ello retrasa el diagnóstico en este grupo etáreo y por lo tanto la perforación apendicular es la regla, aumentando la morbilidad y mortalidad. Ésta última en los mayores de 70 años llega a un 15%, siendo los factores coadyuvantes las enfermedades asociadas cardiovasculares principalmente(3).

2.2.3 Apendicitis en el embarazo

La frecuencia con la que se presenta la apendicitis aguda en el embarazo es similar a cualquier persona no grávida y su distribución es igual por cada uno de los trimestres. El diagnóstico de apendicitis durante el primer trimestre puede confundirse con signos y síntomas observados normalmente en el embarazo como dolor, náusea y vómitos lo que generalmente retrasa el diagnóstico(1).



La apendicitis es la complicación no obstétrica más común del embarazo y se observa en aproximadamente uno entre 1.500 nacimientos. En los períodos iniciales del embarazo, el dolor provocado es similar al observado en pacientes sin embarazo, luego según crece el útero durante segundo y tercer trimestre, la posición del apéndice también se eleva, haciendo aún más difícil el diagnóstico.(1,6,22). La apendicectomía por apendicitis aguda se lleva a cabo en 1 de cada 1000 a 1500 partos.(3)

Los síntomas son confundidos con los producidos por el embarazo, asimismo la leucocitosis es normal en estas pacientes.(3)

El aumento de la vascularización en las estructuras permite el desarrollo acelerado de la inflamación apendicular y éste, asociado al desplazamiento del mismo hacia arriba y posterior al útero, hace retrasar el diagnóstico haciéndolo confundir con signología vesicular.(3). La apendicitis en el embarazo puede producir parto prematuro y muerte en útero por peritonitis.(3)

2.2.4 Apéndice de localización atípica.

El apéndice en posición retrocecal puede dar síntomas urinarios por la proximidad con el uréter. Sin embargo, la patología urológica no da signos de irritación peritoneal; y aunque el apéndice sea retrocecal, siempre hay signos de proceso inflamatorio. (16)

2.2.5 Apendicitis en el Muñón Apendicular

Su frecuencia es rara, sin embargo existen casos de pacientes previamente sometidos a apendicectomía en el cual encontramos el apéndice intacto. Estamos de acuerdo totalmente con Francis quien



señala " incluso un antecedente claro de apendicectomía no invariablemente descarta el diagnóstico de apendicitis aguda" (1,22)

2.3 EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

La dificultad del diagnóstico.- Existe una anécdota curiosa referente a los cirujanos que trabajan en el Grenfell Mission Hospital de San Antonio Terranova donde cuentan que los Esquimales intentan aliviarse el dolor, pintándose ellos mismos sobre aquella parte correspondiente del cuerpo y se observa de manera frecuente que cuando padecen de apendicitis llegan al hospital con un círculo pintado alrededor del ombligo y una flecha señalando el cuadrante inferior derecho.(1)

Hace más de 100 años que los cirujanos se han enfrentado a la apendicitis y aún su diagnóstico sigue presentando grandes dificultades. Se ha observado por un extremo cirujanos de gran experiencia que son capaces de diagnosticar apendicitis aguda con una precisión de más del 80% de los casos. (1)

En niños pequeños, la enorme frecuencia de apendicitis perforadas que alcanzan el 30% de los casos es un índice de los tardío que se realiza el diagnóstico en estos casos, pudiendo el diagnóstico estar equivocado en el 30 al 46% de los casos. En los ancianos al igual que en los niños la dificultad diagnóstica se refleja por la elevada incidencia de perforaciones, el mismo que fluctúan desde el 60% al 90. También se consideran difíciles los diagnósticos de apendicitis



en las pacientes embarazadas con el consiguiente riesgo de mortalidad materno-fetal. Lo expuesto hasta el momento nos lleva a reflexionar que el diagnóstico de apendicitis aguda es algo que reviste de mucha dificultad, como dice Hoffman **"La apendicitis es el gran nivelador de la cirugía, un antídoto para la autosuficiencia diagnóstica"**(1)

La tradición quirúrgica nos ha enseñado que la perforación se presenta en aquellos pacientes que más esperan y que no acuden al cirujano en forma temprana, esa condición anima a los cirujanos operar frente a diagnóstico de probabilidad, en lugar de esperar el diagnóstico seguro. **"El cirujano salvará más vidas cuando opera ante síntomas de probabilidad que ante signos de certeza, el precio será una que otra laparotomía en blanco"**.(1)

El diagnóstico de la apendicitis aguda se basa estrictamente en la sospecha clínica derivada de una anamnesis bien lograda y de un examen físico intencionado y orientador. Los datos de laboratorio y las ayudas imagenológicas no deben ser realizados de rutina y su papel fundamental debe apuntar a confirmar sospechas antes que a descartar otras posibilidades.(6)

2.3.1 LABORATORIO

a. Hemograma

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 abastionados, En algunos casos el conteo puede estar en límites normales, pero la fórmula es indicativa de un proceso agudo (94,4% de casos). y ante la duda mejor es la intervención quirúrgica.(1,6)

Los conteos de glóbulos blancos mayores de 18.000/mm aumentan la posibilidad de una apendicitis perforada(3,5,6,13)

Si contabilizamos también los leucocitos en pacientes con dolor en fosa iliaca derecha debido a otras causas, encontraremos que están elevados entre el 25 - 75%. Así, aunque una leucocitosis es prueba altamente sensible en la apendicitis aguda, su baja especificidad y su escaso poder diagnóstico lo convierten de poca utilidad.(1,22)

Existe una exagerada dependencia del médico hacia el conteo y la fórmula leucocitaria a la hora de diagnosticar apendicitis. Peor aún, hay una inveterada costumbre a la repetición seriada de este estudio (cada 4 o 6 horas), en los casos de duda. Es muy importante recordar que este proceder carece de valor real, objetivo y práctico y que sólo sirve para dispendiar recursos y encarecer la valoración del paciente. (6)

En casos complicados gangrenados o con peritonitis las cifras pueden ser más elevadas.(3)

La velocidad de sedimentación se modifica muy poco y cuando está muy acelerada puede ser sinónimo de complicación.(3)



b. Examen elemental y microscópico de orina

El estudio elemental y microscópico de la orina y su sedimento no juega papel alguno en el diagnóstico ni en la exclusión de la apendicitis aguda. El examen de orina es útil para descartar una infección urinaria, pues en la apendicitis aguda, una muestra de orina tomada por sonda vesical no se caracteriza por bacteriuria o bacterias en la orina, aunque en algunos casos podemos 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(3,6).

Es importante considerar que, por una parte, el dolor abdominal como síntoma aislado no necesariamente justifica el efectuar un análisis de orina y por otra, un estudio anormal no necesariamente debe constituirse en una pauta para modificar el criterio clínico. De hecho, hasta un 20% de varones con apendicitis presentan albuminuria y leucocituria (con 5 a 20 células por campo, en promedio) y en mujeres es mucho más común la presencia de glóbulos blancos en el sedimento. (3,5,6)

c. La Proteína C Reactiva (PCR)

Es una prueba de laboratorio suficientemente sensible para descartar la patología en caso de obtener un valor normal, siendo su valor predictivo negativo satisfactorio(1)

53
Página
Esta betaglobulina producida en el hígado es un marcador de respuesta aguda que aumenta en cualquier proceso inflamatorio



como una respuesta primaria a la destrucción celular. Al parecer la liberación de la PCR es un mecanismo de protección filogenético muy antiguo y poco específico, pero varios autores coinciden en señalar que si bien su elevación resulta inespecífica, los valores normales descartan la posibilidad de apendicitis en pacientes con dolor abdominal de más de 12 horas de evolución.(1,6)

Un interesante estudio realizado por Astudillo y colaboradores al determinar PCR en líquido peritoneal mediante punción, concluye que la predicción es muy significativa para apendicitis aguda, especialmente si se convalida con el conteo de neutrófilos.(6)

d. Bacteriología:

- En la apendicitis congestiva (cultivos estériles).
- Supuradas y flegmonosas: cultivos predominio aeróbicos positivos.
- Gangrenosas: cultivos predominio de anaerobios.
- Gérmenes anaerobios: Bacteriodes frágiles gram negativas. Gérmenes Aeróbicas: Eschericia coli, Klebsiella, enterobacter, etc. gram negativas. (4,6)

2.3.2 IMAGEN

a. Radiografía de abdomen:

El diagnóstico de apendicitis aguda puede ser hecho generalmente por el cuadro clínico. Cuando el diagnóstico es dudoso, una radiografía de abdomen simple de pie podría darnos algunos datos, como un nivel hidroaéreo en el cuadrante inferior derecho (asa



centinela) en el ciego o el íleon terminal (60%), íleo local o generalizado (20% a 40%), la obstrucción intestinal (10%), el incremento del espacio parietocólico derecho, la ausencia de la imagen del psoas y de la grasa preperitoneal en el mismo lado, escoliosis antiálgica, neumatización del apéndice (1% a 2%), neumoperitoneo (1% a 2%) y ausencia de gas intestinal en la fosa ilíaca derecha, que sugiere plastrón.(3,6)

o un fecalito calcificado que sería una evidencia de apendicitis, observado sólo en 10% a 15% de casos pero altamente específico (90%). pero esto último sólo es visto en un 20-30% de casos. Otros signos son: escoliosis derecha, presencia de líquido peritoneal, masa de tejido blando, Borramiento de la banda del flanco derecho, línea a radio lúcida producida por la grasa entre el peritoneo y transversal del abdomen, borramiento de la sombra del psoas derecho, apéndice lleno de gas.(3,4,6) y edema de pared abdominal, signos que son muy pobres como diagnóstico, aunque no son relevantes para el diagnóstico de apendicitis, son útiles para descartar otras patologías, y en algunos casos, visualizar un cálculo urinario radio-opaco.(3,5,16)

Los signos positivos a través de la simple de abdomen se han reportado entre el 24 - 95% de los pacientes con apendicitis^{33,34} aumentando la sensibilidad de prueba con el grado de inflamación del apéndice. En un estudio realizado por Campbell, se reporto que el 60% de los pacientes con radiografías positivas no padecían de apendicitis y en otro se observó que al menos el 38% de las



personas normales presentaban al menos, uno de los signos de apendicitis. Con los argumentos expuestos, se concluye que la radiografía simple de abdomen, es una exploración poco precisa y que por su bajo rendimiento diagnóstico hace que su uso no sea atractivo.(1)

b. Colon por enema

Actualmente el enema opaco no tiene cabida en los métodos para diagnosticar apendicitis mas aún esta contraindicado en pacientes con peritonitis y signos de perforación inminente(1,6)

Es un estudio seguro, simple y confiable cuya mayor aplicación es para enfermos de más de cincuenta años en los que varias patologías pueden semejar una apendicitis. El llenado con bario del lumen apendicular en toda su longitud descarta apendicitis aguda, pero se debe recordar que hasta un 31% de apéndices normales pueden no presentar opacidad en las imágenes. A pesar de los halagadores trabajos que comunican una sensibilidad y especificidad del 100% y otros la sensibilidad entre el 90% y el 100% y la especificidad entre el 75 y el 98% que demuestra un examen muy preciso, los investigadores no están de acuerdo en usarlo por cuanto desde el punto de vista técnico la realización del examen es muy difícil y no fue satisfactorio en el 16% de los casos, además se pueden producir falsos positivos en las enfermedades inflamatorias ginecológicas.(1,6)

c. Ecosonografía



Hoy en día, el examen ultrasonográfico debe considerarse como el primer método de imagenología empleado para confirmar las sospechas clínicas de apendicitis aguda. Estudios de metanálisis reportan una sensibilidad del 85% con especificidad del 92% para el ecosonograma en el diagnóstico de apendicitis y un índice de exactitud global del 93%. En general se tiene el concepto de que, si el apéndice puede ser visualizado con el transductor, este hecho debe ser interpretado con signo positivo de una inflamación ya que en condiciones normales el apéndice no puede ser visualizado. (1,6)

La detección de una estructura tubular con extremo cerrado en el borde inferior del ciego, que esté llena de líquido, que no sea compresible y que mida más de 6 mm de diámetro, hace el diagnóstico ecográfico de apendicitis. (6)

Es segura en excluir enfermedades que no requieren cirugía (adenitis mesentérica, ileítis regional, urolitiasis) así como diagnosticar otras entidades que sí requieren tratamiento quirúrgico, como embarazo ectópico, quistes de ovario, etc(3)

Las ecografías-Doppler también ofrecen información útil para detectar la apendicitis, pero en una cantidad nada despreciable de casos (alrededor del 15%), especialmente en aquellos en un estado inicial sin líquido libre intraabdominal, en un 36%, íleo localizado en la fosa iliaca derecha 18%, presencia de apendicolito 3%, halo hipoecogénico periapendicular 14%, distensión apendicular 13%, estos hallazgos tienen valor si tienen respaldo clínico y una buena anamnesis. Su desventaja radica principalmente en la



necesidad de contar con un equipo y personal con entrenamiento especial y su relativa baja sensibilidad en pacientes obesos, con distensión abdominal y apéndice en posición retrocecal.

La ecografía tiene valor cuando la sintomatología es equívoca, especialmente en niños, y ayuda en el diagnóstico diferencial de las enfermedades pélvicas en la mujer. Es un procedimiento no invasor, cuyos resultados dependen, en gran parte, de la habilidad y experiencia de quien realiza el examen. (1,4,5,16)

d. Tomografía axial computarizada

Los estudios asignan a este método una sensibilidad del 96% al 98% y hasta un 89% de especificidad. (6)

En algunos hospitales se ha valorado el costo beneficio entre efectuar este examen y dejar en observación un día en los casos dudosos y operar demasiado tarde tiene un 93 – 98 % de exactitud diagnóstica sobretodo cuando se usa contraste. (4)

La tomografía axial, es un método bastante preciso en apendicitis aguda avanzada y deja bastante que desear en casos tempranos. Su técnica es muy costosa para ser utilizada de manera rutinaria, sin embargo se podría utilizar en casos muy difíciles (1)

Pues demuestra muy bien la presencia de abscesos, flegmones ("plastrón") y masas inflamatorias periapendiculares.(16)

Lo que se busca en una TAC es la falta de contraste en el apéndice y signos de engrosamiento de la pared del apéndice, normalmente



>6mm en un corte transversal; también pueden haber evidencias de inflamación regional la llamada "grasa desflecada".(5,13)

Existen algunos signos secundarios que incluyen apendicolito, modificaciones en el aspecto del ciego, cambios inflamatorios en el cuadrante inferior derecho (infiltración de la grasa periapendicular, flemón, gas extraluminal, colecciones, adenopatías), engrosamiento focal de la pared del íleon distal y engrosamiento focal de la pared del sigmoides.(6)

e. **Tomografía helicoidal**

Esta técnica, descrita por Rao en 1997, es un enfoque tomográfico sobre la fosa ilíaca derecha tras la administración de contraste oral y rectal, para optimizar el resultado de la **TAC**. A más de los signos tomográficos antes descritos, el área ileocecal en los pacientes con apendicitis aguda toma un aspecto común al que se le ha denominado "signo de la punta de flecha", observable sólo en el 30% de pacientes (sensibilidad del 30%) pero totalmente ausente cuando no hay enfermedad apendicular (especificidad del 100%).

La sensibilidad del estudio alcanza el 100% y la especificidad va del 95% al 100%, con una exactitud global del 98%.(6)

f. **Resonancia magnética**

El empleo de gadolinio para incrementar la resonancia magnética abdominal proporciona imágenes interesantes en individuos con apendicitis aguda. Un estudio prospectivo demostró que esta técnica, comparada con ultrasonografía abdominal, mejoró la



sensibilidad en un 97%, la exactitud en un 95% y el valor predictivo negativo en un 96%.(6)

La dificultad para acceder al estudio y otros inconvenientes como la presencia de marcapasos, el peristaltismo intestinal y la intolerancia del paciente al “encierro” en el túnel de estudio, así como el tiempo requerido, impiden que la resonancia magnética tenga una aplicación amplia.(6)

El clínico debe recordar sin embargo, que todos estos estudios tienen una sensibilidad y especificidad que no alcanza al 100%, es decir existen falsos positivos y falsos negativos.(16)

Comentario: consideramos que los estudios de imagen, en general, se basan en signos que hablan de un estado avanzado de enfermedad apendicular en donde casi no cabe la duda diagnóstica. Estas pruebas deben solicitarse con mesura y sin olvidar que la decisión terapéutica se basa en la clínica.

g. Laparoscopia

La laparoscopia es el único método que puede visualizar el apéndice directamente, pero tiene la desventaja de invasividad. Esto requiere anestesia. De hecho, la laparoscopia en momentos actuales no debe ser considerado como un método diagnóstico puro sino un procedimiento quirúrgico que puede originar complicaciones similares a cualquier laparotomía. Su utilidad cobra mayor importancia en aquellos casos con dolor recurrente crónico en pacientes jóvenes. Su desventaja principal es la necesidad de usar anestesia general para su ejecución, y de hecho es una



operación que como cualquier otra tiene sus riesgos y complicaciones.(1,3)

2.3.3 Escala de Alvarado

La probabilidad de el diagnóstico correcto de apendicitis se incrementa cuando se hace hincapié en las manifestaciones clínicas específicas, las cuales se resumen en una escala de puntuación denominada la Escala de Alvarado.(5,13)

2.4 TRATAMIENTO

Es importante que si la apendicitis no se atiende a tiempo puede perforarse el apéndice y de esta manera causar peritonitis, un padecimiento que exige más cuidados que la apendicitis y que es muy grave. A su vez, la peritonitis puede llevar a la muerte del paciente por una complicación llamada septicemia, por lo que es importante llamar al médico en cuanto se presente cualquier tipo de dolor abdominal agudo (súbito) que dure más de 6 horas (un indicativo probable de apendicitis). Cuanto más temprano sea el diagnóstico, mayores serán las probabilidades de recibir una atención médica adecuada, un mejor pronóstico, menores molestias y un periodo de convalecencia más corto.(5). Antes de iniciar el tratamiento se debe haber llegado al diagnóstico presuntivo, por lo cual no se deben dar antálgicos ni antibióticos previos.(3)

Los parámetros de manejo ante la sospecha no confirmada de apendicitis aguda incluyen los siguientes pasos:

- Nada por vía oral.



- Hidratación basal y de las pérdidas calculadas con solución de lactato de Ringer.
- Analgesia con un antiinflamatorio no esterooidal.
- Evaluación repetida del abdomen.

Si el diagnóstico está confirmado y se trata de una apendicitis no complicada, a lo anterior debe añadirse una antibioticoterapia anticipada con una cefalosporina de segunda generación o con metronidazol por vía rectal (6,16)

Si se trata de una apendicitis complicada se realizará sistemáticamente un hemograma para definir el estado del proceso y la respuesta inmune. También se efectuarán estudios complementarios para establecer un contexto de todas las complicaciones (por ejemplo hipocalcemia, azoemia, etc.). Además se instalará una sonda nasogástrica (por vómito u oclusión asociada), para descomprimir el abdomen antes de la cirugía y evitar una distensión excesiva después de ella., se colocará una sonda vesical (si hay caída del gasto urinario o signos de uremia) y Un catéter central para medir la presión venosa. El esquema antibiótico deberá ampliarse para ofrecer cobertura contra Gram-negativos y anaerobios. Las combinaciones usuales son a base de metronidazol, clindamicina o cloranfenicol. En reemplazo de estas combinaciones se puede utilizar sulbactam-ampicilina o cefoxitina sódica, los cuales también dan cobertura a estos microorganismos, con la ventaja de no ser negrotóxicos. En el momento actual se



prefiere la combinación metronidazol y gentamicina en virtud a su menor costo.(6,16)

El tratamiento definitivo es la apendicectomía, para lo cual existen dos opciones, la una es a cielo abierto y la otra la constituye la laparoscopia. Si se sospecha la presencia de un absceso, puede retrasarse la cirugía hasta que la terapia con antibióticos haya reducido la infección.(3,6)

2.4.1 Tratamiento operatorio

2.4.1.1 Tratamiento operatorio convencional

Si el diagnóstico es de apendicitis aguda, el único tratamiento correcto es la apendicectomía, luego de haber tomado las medidas necesarias como cualquier operación abdominal rutinaria. Tratar de enfriar el cuadro con antibióticos y analgésicos es un error que el paciente puede pagarlo muy caro. El objetivo estará centrado en resecar el órgano enfermo y si existe una peritonitis se procederá además a lavar y drenar la cavidad abdominal, la vía 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)(1,3).

Cuando la apendicitis está complicada se debe dejar drenaje con salida diferente a la herida operatoria.(3)

2.4.1.2 Tratamiento por vía Laparoscópica

Página 63 En la actualidad se emplea la técnica laparoscópica para el tratamiento quirúrgico de las diferentes formas de la apendicitis(3).



La Cirugía Laparoscópica brinda innumerables ventajas:

1. Excelente Iluminación
2. Excelente Exposición del campo operatorio
3. Nitidez de la Imagen
4. Minimización de la Infección de la Herida Operatoria
5. Disminución de Abscesos Residuales, Bridas y Adherencias, exteriorizado el apéndice, se hace un control de la hemostasia y de ser necesario se hace un lavado de la zona operatoria o de toda la cavidad abdominal en el caso de una peritonitis generalizada.

Como podemos bien apreciar, las ventajas de la Apendicectomía por Vía Laparoscópica son innumerables, sin embargo vemos con gran pesar que esta técnica no se emplea en forma masiva como es de esperar y ello se debe al hecho de que los equipos de Cirugía Laparoscópica no están a disposición de los Cirujanos de Emergencia, salvo en contados Centros Hospitalarios (3,14)

Debido a que la apendicectomía usualmente es un procedimiento sencillo que se puede practicar fácilmente a través de una incisión pequeña, el método laparoscópico, evidentemente más complejo y de mayor costo, no ha suplantado a la operación convencional en la mayoría de los centros. La peritonitis no es una contraindicación y no es necesaria la irrigación con solución para la limpieza de la cavidad peritoneal(13,16).

Página 64 De acuerdo con estudios de metaanálisis que comparaban la laparoscopia con incisiones abiertas, parecen demostrar que la



laparoscopia es más ventajosa, en especial en la prevención de infecciones posoperatorias, aunque la incidencia de abscesos intraabdominales era mayor. La laparoscopia puede que sea especialmente ventajosa para un subgrupo de pacientes que son obesos, del sexo femenino y atletas(5,18).

En marzo de 2008, una paciente femenina tuvo su apéndice extraída por vía vaginal guiado por endoscopia, la primera vez que dicha maniobra se reporta oficialmente(5)

En el 80% de los casos el apéndice se perfora antes de las 36 horas de iniciados los síntomas. Cuando ya existe peritonitis, el paciente se mantiene lo más quieto posible para no despertar dolor. La tos y los movimientos agravan la sensación dolorosa, por lo cual el paciente se moviliza con una precaución característica. Al toser se sostiene la fosa ilíaca mientras se queja de dolor. (16)

2.5 COMPLICACIONES DE LA APENDICITIS AGUDA.

El tiempo necesario para transformar una apendicitis aguda en una complicada se sitúa entre 36 y 48 h, desde la aparición de los síntomas, ya que si ocurre, cambia el pronóstico, las complicaciones y la morbimortalidad. (15)

A. Perforación: El retraso en buscar la atención médica parece ser la principal razón de las perforaciones, solo se ha permitido que siga su historia natural. Se acompaña de dolor más intenso y fiebre elevada (38.3°C). Es raro que un apéndice inflamado se



perfore en las primeras 12 horas. Las consecuencias agudas de la perforación varían desde peritonitis generalizada, hasta la formación de un pequeñísimo absceso que no siempre modifica de manera apreciable los síntomas y signos de la apendicitis. La perforación en mujeres jóvenes aumenta el riesgo de infertilidad tubárica a casi cuatro veces

B. Peritonitis: La peritonitis localizada resulta de la perforación microscópica d un apéndice gangrenado, en tanto que la peritonitis generalizada implica perforación macroscópica en el interior de la cavidad peritoneal. El aumento de la hipersensibilidad y la rigidez, distensión abdominal e íleo adinámico constituyen signos obvios de peritonitis. La fiebre elevada y la toxicidad grave caracterizan la evolución de este padecimiento catastrófico en pacientes sin tratamiento

C. Absceso apendicular: (masa apendicular) Hay una perforación localizada cuando la infección periapendicular es aislada por el epiplón las vísceras vecinas. Las manifestaciones clínicas consisten en los datos usuales de apendicitis aunadas de una masa en el cuadrante inferior derecho. Algunos cirujanos prefieren usar el régimen de antibióticos y conducta expectante seguido de apendicectomía de elección seis semanas después. Otros recomiendan una apendicectomía inmediata, que acorta de manera considerable la enfermedad.

Página 66 D. Pileflebitis: Es la tromboflebitis supurativa del sistema venoso porta. Los signos distintivos de este grave trastorno son

escalofríos, fiebre elevada, ictericia leve, y después abscesos hepáticos. La aparición de escalofríos en un paciente con apendicitis aguda indica bacteriemia y requiere terapéutica vigorosa con antibióticos para prevenir el desarrollo de pyleflebitis. Además de los antibióticos se indica la cirugía inmediata .

2.6 COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA

En las apendicitis agudas sin perforación en 5% de casos hay complicaciones. En las apendicitis agudas con perforación las complicaciones se presentan en un 30% de casos.

Habitualmente el curso postoperatorio de una apendicitis aguda sin perforación es de una evolución sin sobresaltos y hay una enorme diferencia con la recuperación tormentosa que acompaña a la extirpación de un apéndice perforado con gangrena y con peritonitis; lo cual resalta la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos.(3,5,24)

2.6.1 Complicaciones tempranas

1. **Íleo Paralítico.-** Es observado especialmente en la peritonitis generalizada, En las primeras 24 horas se espera la presencia de un íleo reflejo debido al espasmo producido por la manipulación y cuya resolución es en el postoperatorio inmediato, su origen fisiopatológico puede ser un desbalance hidroelectrolítico.(1,3)



2. **Hemorragia.-** En la apendicectomía como en cualquier intervención quirúrgica la hemorragia es una complicación que muchas veces desdice de la meticulosidad con la que debe actuar el cirujano. La hemorragia puede ocurrir en la pared abdominal, en la cavidad peritoneal e intraluminal. Inicia con dolor abdominal súbito y shock hipovolémico en cualquier momento de las primeras 72 horas de la apendicectomía puede significar filtración a partir del muñón o el deslizamiento de una ligadura arterial o más raro por el desprendimiento de una escara realizada con el electrobisturi. (1,3)

A veces puede ocurrir desgarró de la arteria epigástrica o transficción inadvertida de ella lo que causa hemorragia intensa. Esta complicación es factible que se ocasione en las incisiones verticales como en la de Jalaguier.

La hemorragia intraperitoneal es un problema mayor, y se produce generalmente en el mesoapéndice a causa de una ligadura defectuosa o desgarró del meso al exteriorizar un apéndice con ciego fijo, rara vez se produce por erosión séptica de una arteria. La hemorragia de este origen puede ser masiva y producir signos de choque antes que el cirujano determine la causa(1).

3. **Síndrome del Quinto Día.-** Es una complicación rara, lo llamativo es que se presenta en apendicectomías realizadas en frío o con ligera inflamación en un niño o adulto sano,



aparece generalmente alrededor del quinto día, debutando con un síndrome peritoneal agudo caracterizado con dolor y contractura abdominal, fiebre, vómitos. Observamos un caso que presento retención urinaria, al reoperar estos pacientes se encuentran pocos signos que produzcan tal cuadro siendo los principales hallazgos un ligero exudado turbio libre en la cavidad abdominal y fondo de saco de Douglas e inflamación de las asas intestinales. Nunca se encuentra un proceso necrótico o perforación, la curación se obtiene aspirando el líquido, lavando la cavidad y drenándola. (1)

4. **Fístula Fecal.-** Puede deberse a :

- Retención de Cuerpo Extraño como grasa o dressing.
- Puntos muy apretados.
- Ligadura deficiente del muñón apendicular que se deslizó sin haberse invertido
- Erosión de la pared del ciego por un dren.
- Obstrucción del Colon por Neoplasia no descubierta.
- Retención de una porción apendicular.
- Enteritis Regional.(1,3,5)

5. **Absceso Intracavitario.-** Suelen deberse a contaminación de la cavidad con microor-ganismos que escapan del apéndice gangrenoso o perforado, también pero con menor frecuencia es debido a derrame transoperatorio. La localización más frecuente de los abscesos intrabdominales después de una apendicectomía es la región periapendicular. Las



manifestaciones clínicas son fiebre persistente; sensibilidad abdominal; masa sensible en la región y leucocitosis. La segunda localización en orden de frecuencia de los abscesos es la pelvis, el diagnóstico clínico se sospecha en aquellos pacientes que tienen un aumento de los signos infecciosos entre el séptimo y decimocuarto día con fiebre sostenida en agujas y leucocitosis.(1,3,14)

6. **Infección de la Pared.-** Estas se manifiestan a partir del 4to. al 8avo. día, se inician con dolor y tumefacción y rubor en la herida, acompañado de fiebre. Son generalmente polimicrobianas y sólo suelen abarcar el tejido subcutáneo. (1,3,14)
7. **Infección de la Herida Operatoria.-** Las infecciones de la herida son causadas por abscesos locales en la Herida operatoria por gérmenes fecales principalmente Bacteroides fragiles, a los que siguen en frecuencia aerobios Gram (-); Klebsiela, Enterobacter, E. coli. Los signos de infección; dolor , tumor , calor y rubor quizás no se encuentren. Los signos iniciales son dolor excesivo y además molesto alrededor de la herida operatoria de infección local.(3)
8. **Piliflebitis o Piema Portal.-** Es una enfermedad grave caracterizada por ictericia, escalofrío y fiebre elevada. Se debe a septicemia del sistema venoso portal con desarrollo de abscesos hepáticos múltiples.(3)



9. **Dehiscencia del Muñón Apendicular.-** Se puede presentar desde el 2o ó 3er día, y puede ser debido a ligadura inadecuada del muñón, o por la administración indebida de un enema evacuante que distiende el intestino y hace que se rompa en el punto más débil, por ello nunca se debe indicar enemas luego de cirugía abdominal(1,3,5)

2.6.2 Complicaciones Tardías

1. **Obstrucción Intestinal.-** Es rara en forma precoz pero puede presentarse con relativa frecuencia luego de algunos años de haber realizado la operación, producida por la presencia de bridas intestinales; más frecuentes en las apendicitis complicadas.(1,3)
2. **Hernia.-** Existen numerosos estudios que sugieren que la apendicectomía predispone a la aparición ulterior de hernias inguinales del mismo lado. Parece ser que la lesión que se produce en los nervios que inervan los músculos que regulan el mecanismo de cortina del anillo inguinal permiten una herniación posterior. (1)
3. **Eventración.-** Las eventraciones son factibles en aquellos pacientes en quienes se ha realizado incisiones de Jalaguier y adicionalmente han sufrido infección activa con notable efecto de cicatrización(1,3)
4. **Esterilidad Femenina.-** Infertilidad. Un absceso en fosa iliaca derecha en mujeres puede provocar obstrucción de las trompas hasta en un 31%.(3)



2.8 PRONOSTICO

Con este manejo la mortalidad promedio es 0.46% en el Hospital Universitario del Valle. Esta cifra es mayor en pacientes ancianos, en apendicitis de más de 48 horas de evolución, en pacientes embarazadas y en lactantes.(16)

La mayoría de los pacientes con apendicitis se recuperan con facilidad después del tratamiento quirúrgico, sin embargo, pueden ocurrir complicaciones si se demora el tratamiento. La recuperación depende de la edad y condición de salud del paciente y otras circunstancias, como las complicaciones y el consumo de licor, entre otras. Por lo general la recuperación después de una apendectomía tarda entre 10 y 28 días y en niños alrededor de los 10 años, puede tardar hasta 3 semanas.(5,13)

La posibilidad de una peritonitis pone en peligro la vida del paciente, por ello la conducta frente a una apendicitis es la de una evaluación rápida y un tratamiento sin demoras. La apendicitis clásica responde rápidamente a una apendectomía, aunque en algunas ocasiones se resuelve espontáneamente. Aún permanece en debate si hay ventajas en una apendectomía electiva en estos pacientes para prevenir un episodio recurrente. La apendicitis atípica, es decir, aquella asociada a un apéndice supurativo o purulento, es más difícil de diagnosticar y es la que con más frecuencia causa complicaciones, aún si la operación quirúrgica ocurre con rapidez.(5,13)



2.9 CURIOSIDADES

Es una enfermedad que puede aparecer de forma súbita sin que ningún signo o síntoma haga preverla. Por ello, los astronautas enviados al espacio son sometidos a una apendicectomía profiláctica, pues al ser imposible detectarla con antelación no pueden arriesgarse.(5)

En 2008 se reportó por primera vez en la literatura una apendicitis dentro de una hernia umbilical en un recién nacido de 25 días de edad.²⁷ Las apendicitis dentro de otras hernias no son tan infrecuentes, ocurriendo en hernias inguinales (hernia de Amyand) y femorales (hernia de Garengeot).(5)

CAPITULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo para apendicitis aguda complicada en pacientes ingresados al Hospital Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca en los años: 2006, 2007 y 2008

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1 Establecer la frecuencia de pacientes con apendicitis aguda complicada

3.2.2 identificar las características de los pacientes según Edad y Sexo, Ubicación geográfica (urbano, rural)



3.2.3 Determinar los factores que llevaron a una complicación: tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el ingreso al Hospital, tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital y la intervención quirúrgica , tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica, error en el diagnóstico inicial y automedicación.

CAPÍTULO IV

1. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio cuantitativo observacional, analítico de tipo transversal y retrospectivo para identificar los factores de riesgo para una Apendicitis Aguda Complicada, en el Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2006, 2007 y 2008.

4.2. UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Área de estudio

Este estudio se realizará en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso del Cantón Cuenca, Provincia del Azuay.



Universo

Todas las historia clínicas de pacientes diagnosticados de Apendicitis Aguda, que asistieron al Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, en los años 2006, 2007 y 2008.

Muestra

Historias clínicas de los pacientes con Apendicitis Aguda Complicada, el Hospital Vicente Corral Moscoso con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo en los años 2007-2008.

Unidad de análisis

Lo constituyeron las historias clínicas de las gestantes con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2007-2008, de quienes se recolectó sus datos.

4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

Fueron consideradas variables de estudio socio-demográficas y dentro de ellas: edad, sexo, procedencia, en cuanto a los factores de riesgo asociados: tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la cirugía, la actitud del paciente hacia la enfermedad al restar importancia a sus síntomas y demorar en asistir al hospital, automedicación, el paciente se retrasa en buscar ayuda por dificultad geográfica, el acceso a la atención médica, error diagnóstico inicial, retraso en el tiempo para la intervención quirúrgica.



OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala
SEXO	Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras en las diferentes especies, son: biológicos y ambientales marcados por la morfología genital externa y la educación.	características fenotípicas	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
EDAD	Tiempo transcurrido desde la	tiempo transcurrido	<small>Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López</small> años	Numerica



	fecha del nacimiento hasta el momento de la entrevista			
Ubicación geográfica	Lugar geográfico donde las personas se asientan	Urbano/Rural	Urbano Rural	Dicotómica
Tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital	Tiempo transcurrido desde que se presenta el primer síntoma hasta que acude al hospital para recibir atención	tiempo transcurrido	Horas	<ul style="list-style-type: none">• Menos de 12 horas• Entre 13 y 24 horas• Entre 25 y 72 horas• Más de 72 horas
Error en el diagnóstico inicial	Identificación incorrecta de la naturaleza	Identificación incorrecta de síntomas y	Error	<ul style="list-style-type: none">• SI• NO



	de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos	signos		
Tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital y la intervención quirúrgica	Tiempo que debe esperar para la cirugía luego de su ingreso al hospital	Tiempo	Horas	<ul style="list-style-type: none">• Entre 0-2 horas• Entre 3-4 horas• Entre 5-6 horas• Más de 6 horas
Tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la intervención	Tiempo que debe esperar para la cirugía	tiempo	Horas	<ul style="list-style-type: none">• Entre 0-2 horas• Entre 3-4 horas• Entre 5-6 horas• Más de 6 horas



quirúrgica				
Automedicación	Tomar un medicamento, o seguir un tratamiento sin prescripción médica	Medicamento	medicamento	<ul style="list-style-type: none">• SI• NO
Complicaciones de la Apendicitis Aguda	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella, agravándola generalmente	Complicación	<ol style="list-style-type: none">1. perforación2. peritonitis3. absceso4. piletiflebitis	<ol style="list-style-type: none">1. SI NO2. SI NO3. SI NO4. SI NO



4.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Historias clínicas de los pacientes con Apendicitis Aguda, que fueron atendidos en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso que registraron complicaciones, en los años 2006, 2007 y 2008.

Criterios de Exclusión

Historias clínicas de los pacientes con Apendicitis Aguda, que fueron atendidos en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso que no registraron complicaciones, en los años 2006, 2007 y 2008.

4.7. Procedimiento para garantizar aspectos éticos

Para la presente investigación, mediante oficio, solicitamos la respectiva autorización, para acceder a las historias clínicas de los pacientes con Apendicitis Aguda que presentaron complicaciones, dirigido al Director del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Los resultados y conclusiones a las que llegamos en este estudio serán notificados y puestos a disposición del Hospital Vicente Corral Moscoso y a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.



4.8. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y método para el control y calidad de datos.

1. Se solicitó mediante oficio al Director del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, para dar a conocer sobre nuestro trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para el uso de las historias clínicas del departamento de estadística, la cual fue aceptada satisfactoriamente.
2. Con la autorización obtenida acudimos al departamento de Estadística del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, para recolectar la información del libro de registros del período 2006, 2007 y 2008, para conocer las historias clínicas de los pacientes que presentaron Apendicitis Aguda Complicada, donde se nos brindó libre acceso.
3. Con la información registrada en los formularios se realizó la respectiva tabulación, graficación e interpretación de resultados, con sus respectivas conclusiones.

Instrumento

Se elaboró un formulario diseñado exclusivamente para la investigación (Anexo) que incluyó: datos de filiación que constaban en las historias clínicas de los pacientes, edad, sexo, procedencia, además, error diagnóstico inicial, automedicación, tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital, tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital y la cirugía, tiempo



transcurrido entre el inicio de los síntomas y la cirugía y las complicaciones de una apendicitis aguda.

El instrumento elaborado, constó de preguntas cerradas con la finalidad de obtener información que permita un manejo estadístico más apropiado de los datos.

Fuente de Información

La fuente de información fue indirecta. Recopilamos la información por medio del formulario, de acuerdo a los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes.

Recolección de la información

El levantamiento de los datos se realizó mediante la recopilación de la información en los formularios previamente diseñados y validados de las historias clínicas de los pacientes con Apendicitis Aguda Complicada, en el Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2006, 2007 y 2008.

4.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de la información

El análisis de la información se realizó bajo el enfoque cuantitativo.

Análisis Cuantitativo

El análisis cuantitativo estuvo apoyado en la estadística descriptiva.



Las variables cuantitativas fueron manejadas en número de casos (n) y sus porcentajes (%).

Programas utilizados

Una vez recopilada la información cuantitativa y cualitativa fue ingresada en una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel™ versión 2007 en español para Windows™ y programa SPSS 15.0 en español versión evaluación.

Presentación de resultados

Presentamos los resultados de la información recopilada por medio de tablas de distribución de frecuencias, tablas con cruce de variables y gráficos recomendados por la metodología.

Las medidas estadísticas utilizada para el análisis fueron: frecuencia y porcentaje, para todas las variables.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Fueron 235 historias clínicas investigadas de todos los pacientes con apendicitis aguda complicada del hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2006-2007-2008 y que se encontraban

almacenadas en el Departamento de Estadística de dicha institución. Este número constituyó la muestra.

El acceso a este número de historias clínicas requirió de veinte y cuatro visitas al Departamento de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso. Esto implica la recolección de datos de 10 historias clínicas por día, acudiendo dos días por semana y por tres meses consecutivos.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En todos los servicios del Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2006, 2007 y 2008, han sido atendidas 235 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda complicada

CUADRO DE RESUMEN N° 1

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	ENTRE 11 Y 20 AÑOS	67	28,51%
SEXO	MASCULINO	139	59,15%
PROCEDENCIA	URBANO	125	53,19%
ERROR DIAGNÓSTICO INICIAL	NO HUBO ERROR DX	233	99,15%
AUTOMEDICACIÓN	HUBO AUTOMEDICACIÓN	167	71,06%
COMPLICACIÓN	PERFORACION	85	36,17%
TIEMPO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO AL HOSPITAL	ENTRE 25 Y 72 HORAS	91	38,72%
TIEMPO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGIA	ENTRE 3 Y 4 HORAS	58	24,68%



CUADRO DE RESUMEN N°2

VARIABLES	COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES								
	PERFORACIÓN			PERITONITIS			PLASTRON APENDICULAR		
		FRECUENCIA	%		FRECUENCIA	%		FRECUENCIA	%
EDAD	ENTRE 11 Y 20 AÑOS	30	12,77%	ENTRE 1 Y 10 AÑOS	6	2,55%	ENTRE 1 Y 10 AÑOS	8	3,40%
	ENTRE 21 Y 30 AÑOS	21	8,94%	ENTRE 11 Y 20 AÑOS	12	5,11%	ENTRE 11 Y 20 AÑOS	12	5,11%
SEXO	MASCULINO	48	20,43%	MASCULINO	27	11,49%	MASCULINO	22	9,36%
	FEMENINO	37	15,74%	FEMENINO	19	8,09%	FEMENINO	20	8,51%
PROCEDENCIA	URBANO	50	21,28%	URBANO	20	8,51%	URBANO	19	8,09%
	RURAL	35	14,89%	RURAL	26	11,06%	RURAL	23	9,79%
ERROR DIAGNÓSTICO	HUBO ERROR	2	0,85%	HUBO ERROR	0	0%	HUBO ERROR	0	0,00%
	NO HUBO ERROR	83	35,32%	NO HUBO ERROR	46	19,57%	NO HUBO ERROR	42	17,87%
AUTOMEDICACIÓN	HUBO	64	27,23%	HUBO	33	14,04%	HUBO	24	10,21%
	NO HUBO	21	8,94%	NO HUBO	13	5,53%	NO HUBO	18	7,66%
TIEMPO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO AL HOSPITAL	ENTRE 25 Y 72 HORAS	39	16,60%	ENTRE 13 Y 24 HORAS	15	6,38%	ENTRE 1 Y 2 HORAS	5	2,13%
TIEMPO ENTRE EL INGRESO AL HOSPITAL Y LA CIRUGÍA	ENTRE 3 Y 4 HORAS	24	10,21%	ENTRE 5 Y 6 HORAS	9	3,83%	ENTRE 3 Y 4 HORAS	7	2,98%

TABLA N. 1

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

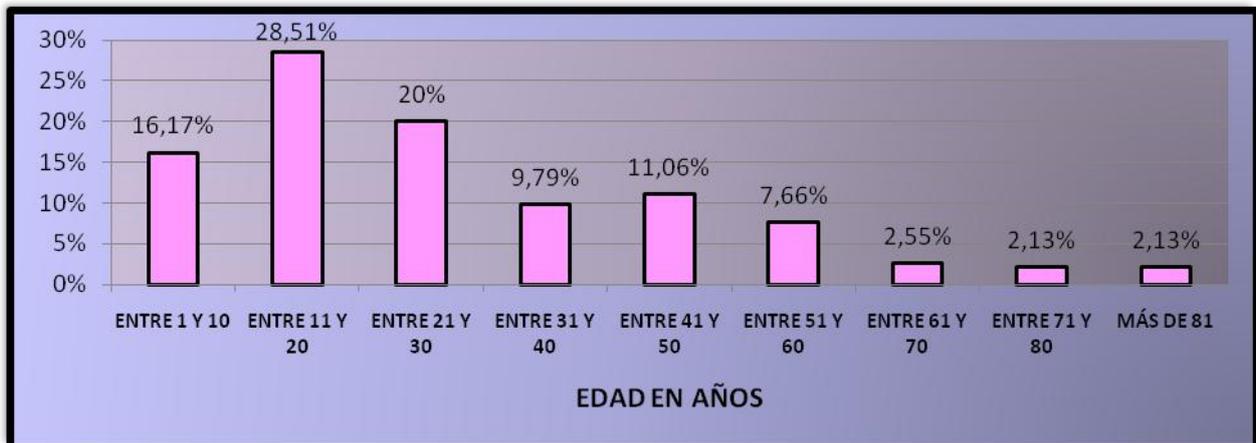
EDAD		
	FRECUENCIA	%
ENTRE 1 Y 10	38	16,17
ENTRE 11 Y 20	67	28,51
ENTRE 21 Y 30	47	20,00
ENTRE 31 Y 40	23	9,79
ENTRE 41 Y 50	26	11,06
ENTRE 51 Y 60	18	7,66
ENTRE 61 Y 70	6	2,55
ENTRE 71 Y 80	5	2,13
MÁS DE 81	5	2,13
Total	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 1

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 1

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico nos muestran que el mayor porcentaje de pacientes que presentan Apendicitis Aguda complicada están entre los 11 y los 20 años (20,5%) y el menor porcentaje está en entre los pacientes que tienen más de 71 años (2,13%).

TABLA N. 2

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

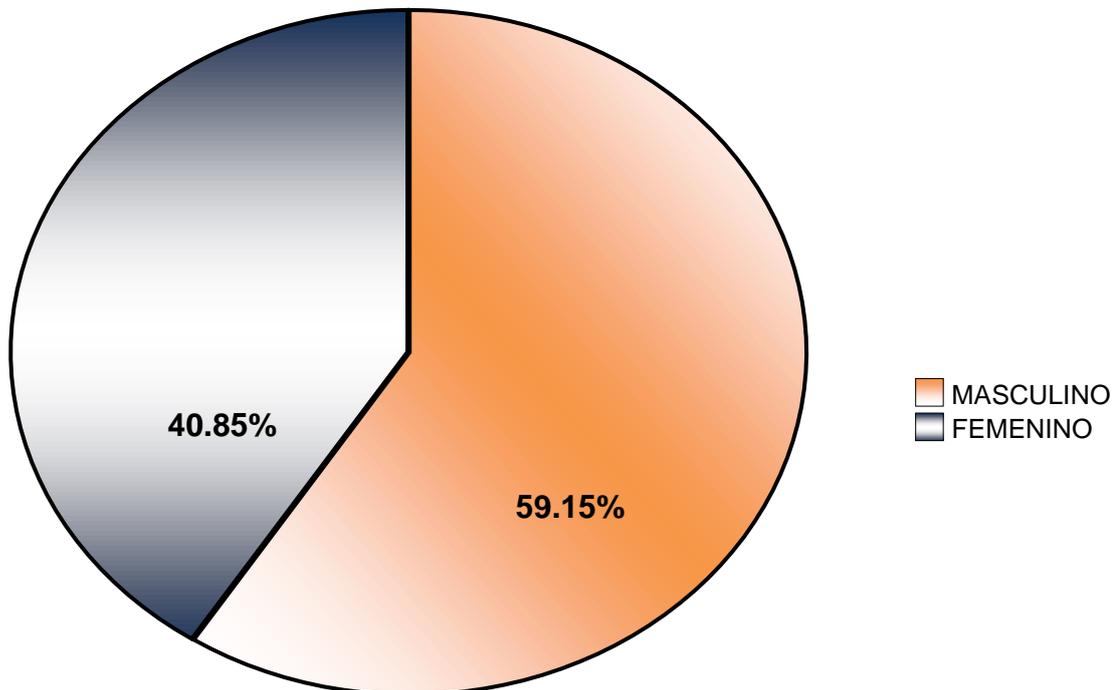
SEXO		
	FRECUENCIA	%
MASCULINO	139	59,15
FEMENINO	96	40,85
Total	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 2

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 2

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

7 **INTERPRETACIÓN:** La tabla y el gráfico nos muestran que el mayor porcentaje de pacientes que presentan Apendicitis Aguda complicada son hombres con el 59% y las mujeres representan el 40% de la muestra.

TABLA N. 3

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN PROCEDENCIA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

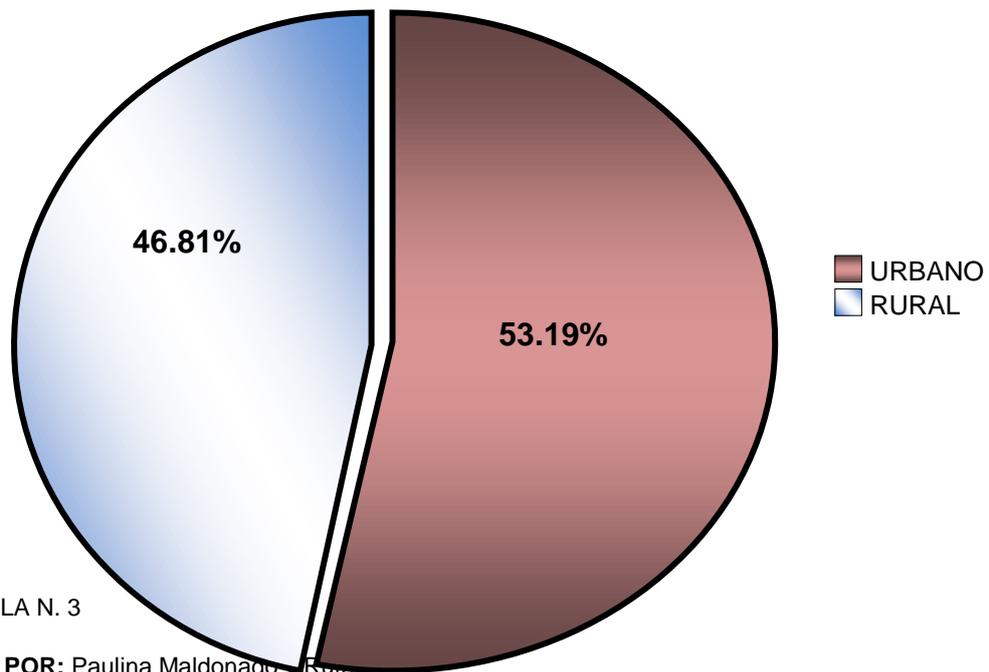
PROCEDENCIA		
	FRECUENCIA	%
URBANO	125	53,19
RURAL	110	46,81
Total	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 3

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA, SEGÚN PROCEDENCIA, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 3

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico nos muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, más de la mitad, el 53,19% son de la zona urbana y el 46% restante provienen de la zona rural.

TABLA N. 4

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SI HUBO O NO ERROR DIAGNÓSTICO INICIAL, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

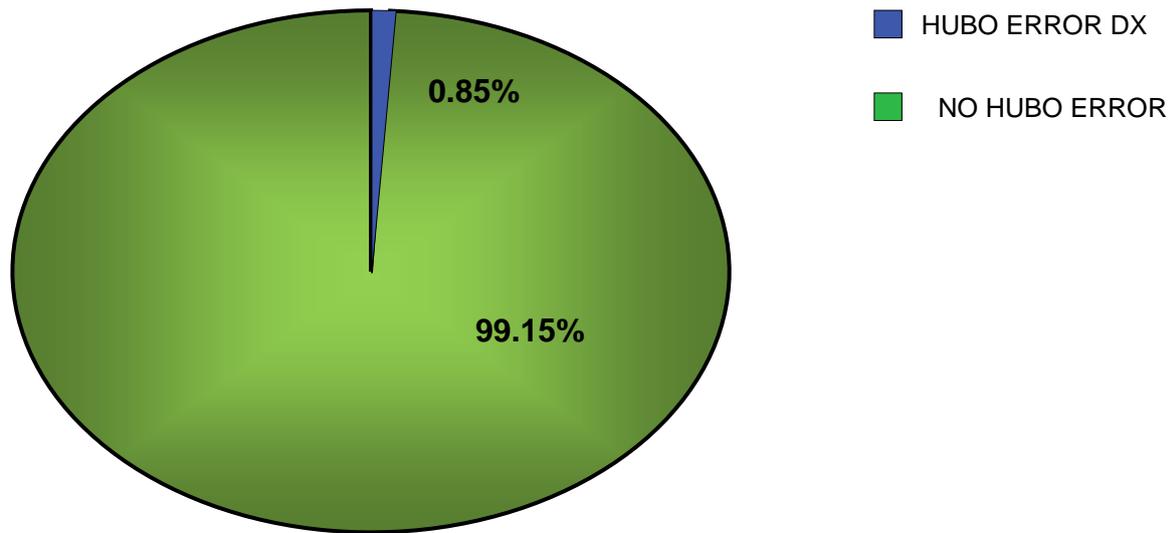
ERROR DIAGNÓSTICO INICIAL		
	FRECUENCIA	%
HUBO ERROR DX	2	0,85
NO HUBO ERROR DX	233	99,15
Total	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 4

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SI HUBO O NO ERROR DIAGNÓSTICO INICIAL, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 4

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico nos muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el 99% no tuvieron error diagnóstico en el momento del ingreso y menos del 1% tuvo error diagnóstico inicial.

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

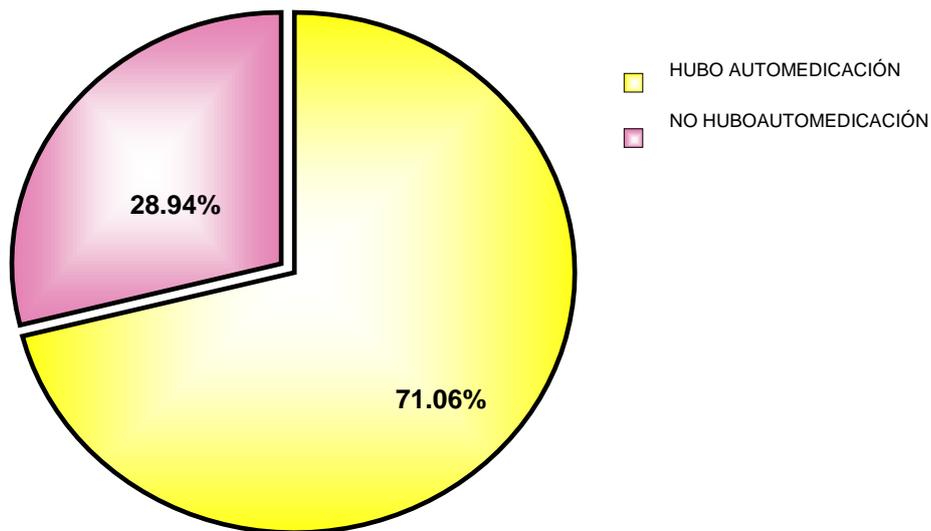
AUTOMEDICACIÓN		
	FRECUENCIA	%
HUBO AUTOMEDICACIÓN	167	71,06
NO HUBO AUTOMEDICACIÓN	68	28,94
Total	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 5

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 5

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el 71% se automedicó y el 28% no recibió ningún tipo de medicación antes de ingresar al hospital.

TABLA N. 6

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LAS COMPLICACIONES, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

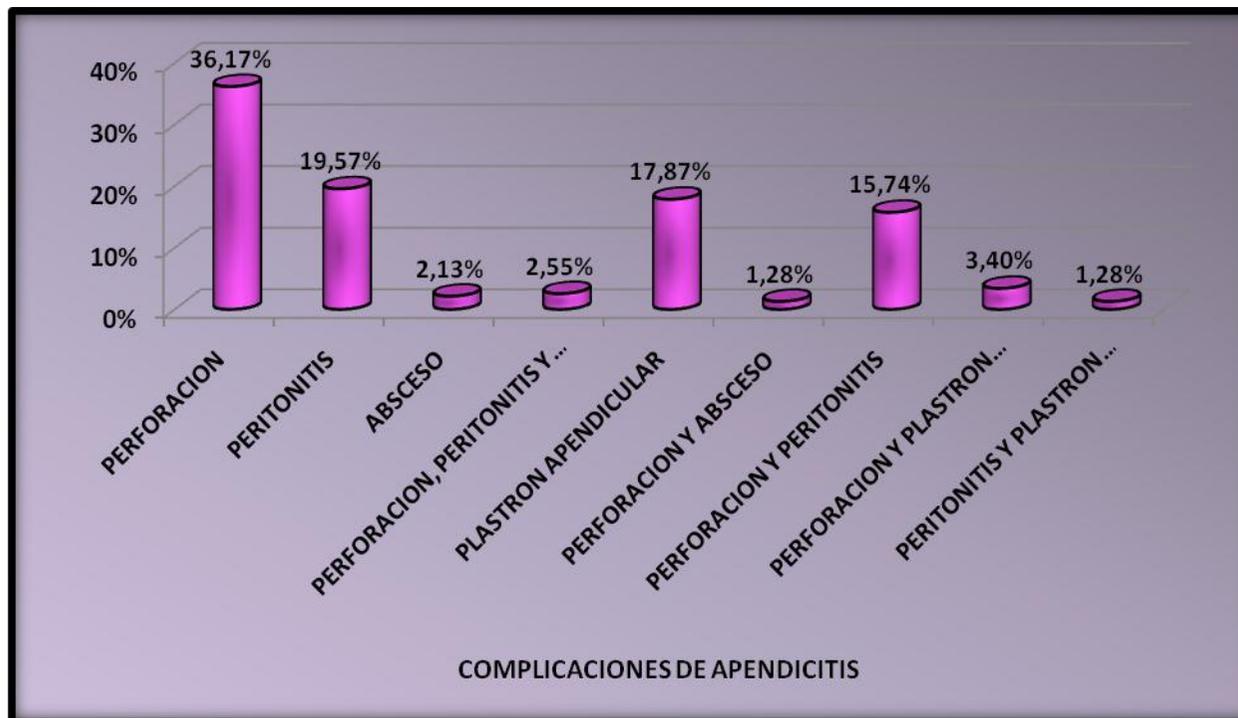
COMPLICACIONES		
	FRECUENCIA	%
PERFORACION	85	36,17
PERITONITIS	46	19,57
ABSCESO	5	2,13
PERFORACION, PERITONITIS Y PLASTRON	6	2,55
PLASTRON APENDICULAR	42	17,87
PERFORACION Y ABSCESO	3	1,28
PERFORACION Y PERITONITIS	37	15,74
PERFORACION Y PLASTRON APENDICULAR	8	3,40
PERITONITIS Y PLASTRON APENDICULAR	3	1,28
TOTAL	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 6

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA, SEGÚN LAS COMPLICACIONES, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 6

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, la complicación más frecuente fue la Perforación (36,17%) y la complicación menos frecuente fue la perforación más absceso y la peritonitis más plastrón apendicular (1,28%).

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

TABLA N. 7

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

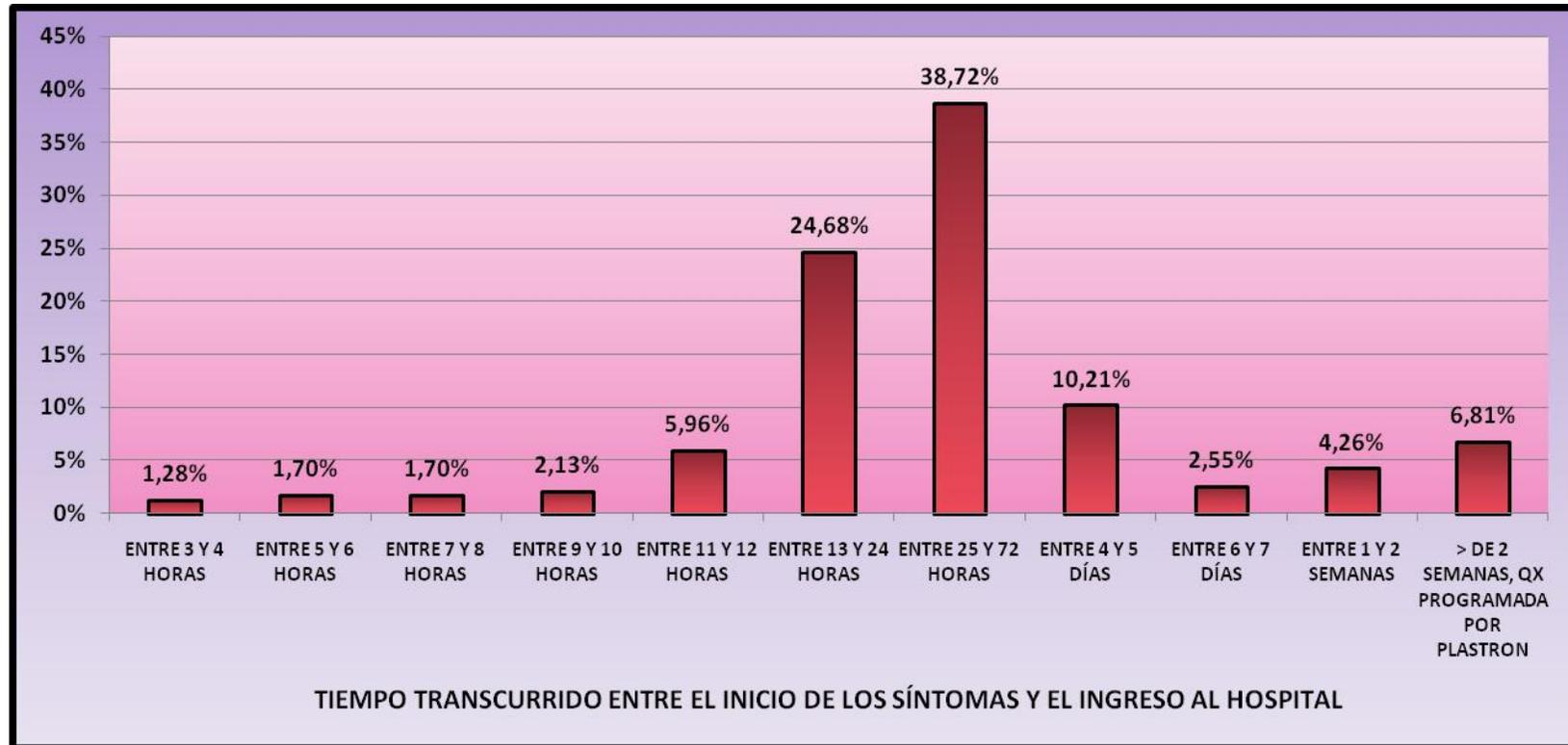
SINTOMAS INGRESO		
	Frecuencia	%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	3	1,28
ENTRE 5 Y 6 HORAS	4	1,70
ENTRE 7 Y 8 HORAS	4	1,70
ENTRE 9 Y 10 HORAS	5	2,13
ENTRE 11 Y 12 HORAS	14	5,96
ENTRE 13 Y 24 HORAS	58	24,68
ENTRE 25 Y 72 HORAS	91	38,72
ENTRE 4 Y 5 DÍAS	24	10,21
ENTRE 6 Y 7 DÍAS	6	2,55
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	10	4,26
> DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA POR PLASTRON	16	6,81
Total	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 7

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 7

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el 38% esperaron entre 25 y 72 horas desde que iniciaron sus síntomas hasta acudir al hospital para ser ingresados y el 1% esperaron entre 3 y 4 horas para acudir al hospital.

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

TABLA N. 8

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

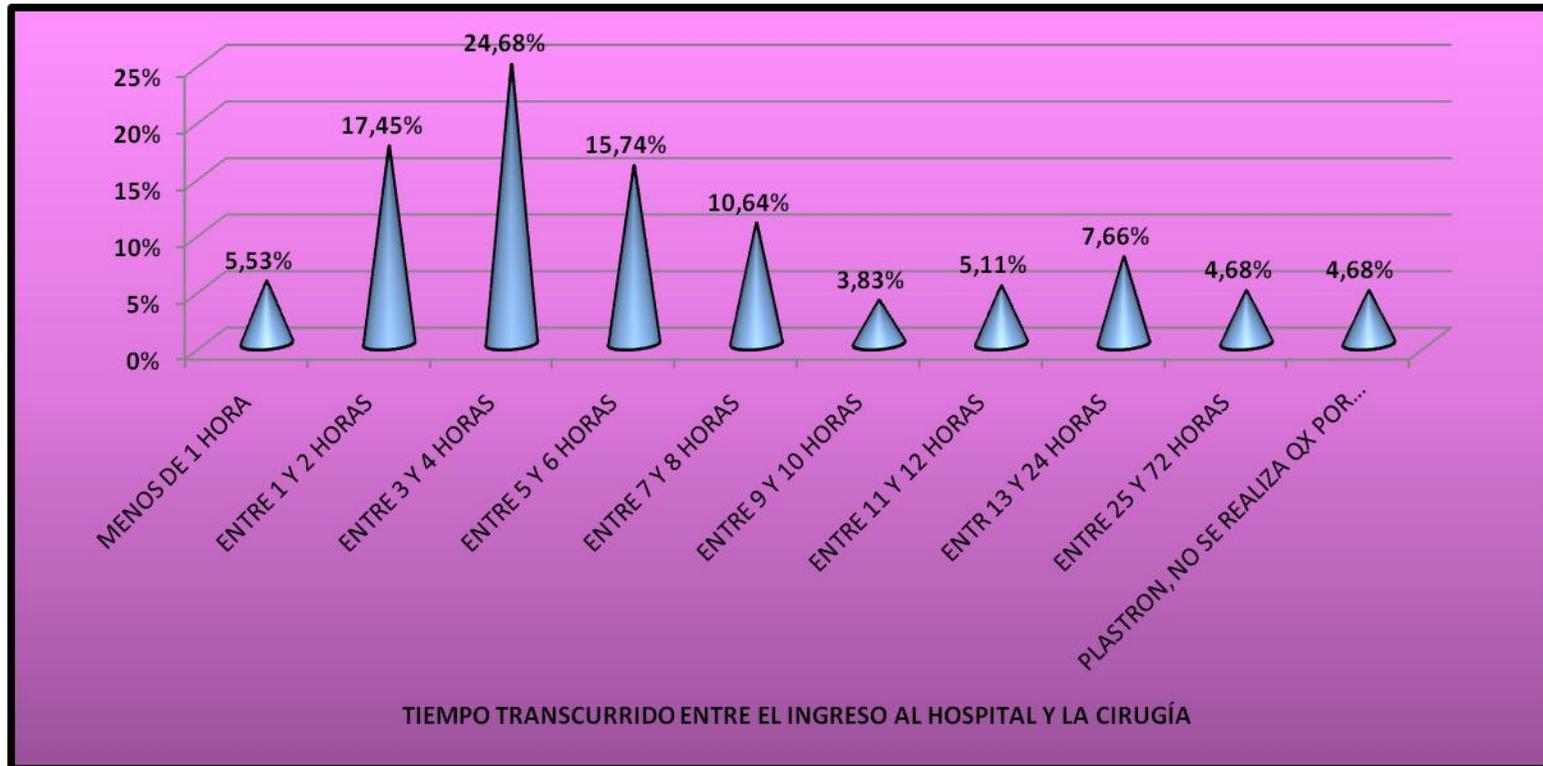
INGRESO CIRUGÍA		
	Frecuencia	%
MENOS DE 1 HORA	13	5,53
ENTRE 1 Y 2 HORAS	41	17,45
ENTRE 3 Y 4 HORAS	58	24,68
ENTRE 5 Y 6 HORAS	37	15,74
ENTRE 7 Y 8 HORAS	25	10,64
ENTRE 9 Y 10 HORAS	9	3,83
ENTRE 11 Y 12 HORAS	12	5,11
ENTR 13 Y 24 HORAS	18	7,66
ENTRE 25 Y 72 HORAS	11	4,68
PLASTRON, NO SE REALIZA QX POR ANTIBIOTICOTERAPIA	11	4,68
Total	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 8

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 8

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, más del 24.68% esperaron entre 3 y 4 horas desde su ingreso al hospital hasta que se les realizó la cirugía, mientras que el 3,83% tuvieron que esperar entre 9 y 10 horas para la cirugía desde que fueron hospitalizados.

TABLA N. 9

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

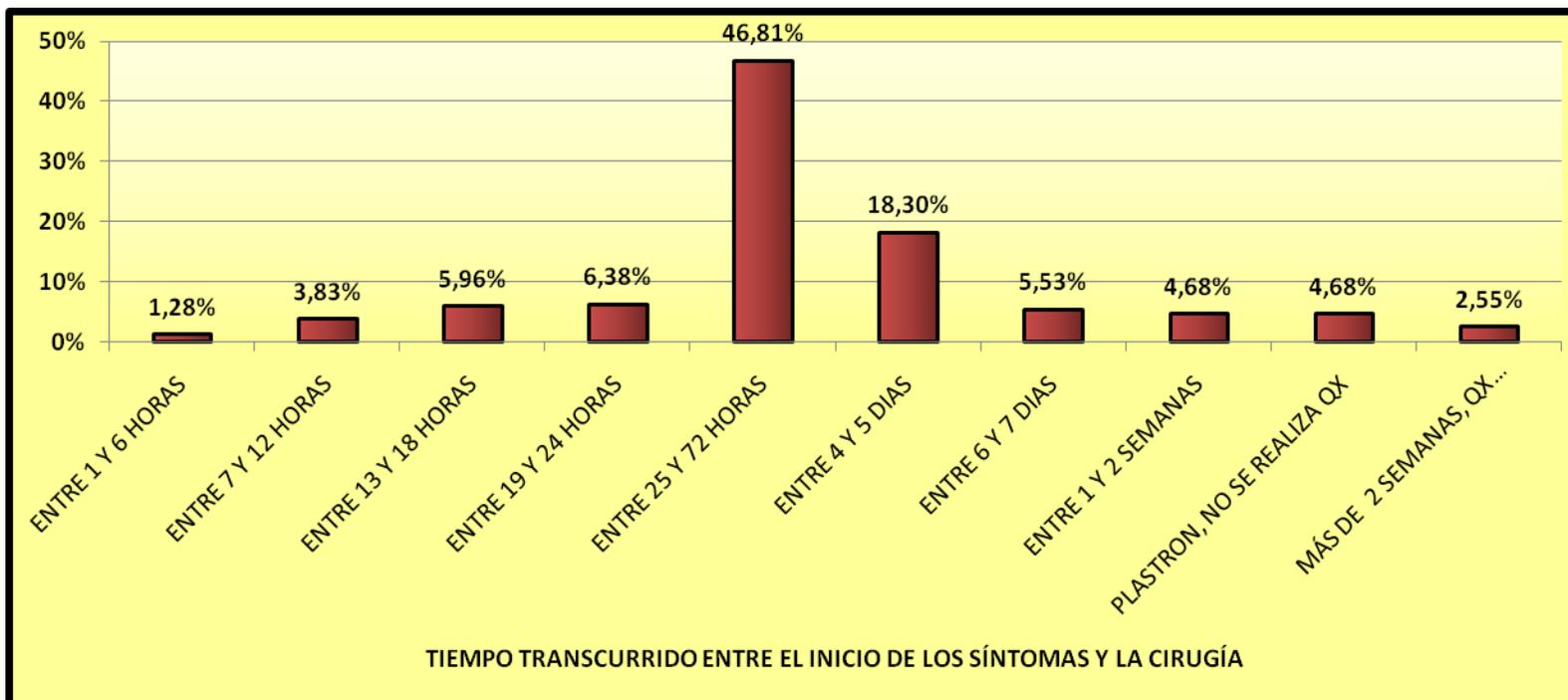
TIEMPO: SINTOMAS – CIRUGÍA		
	FRECUENCIA	%
ENTRE 1 Y 6 HORAS	3	1,28
ENTRE 7 Y 12 HORAS	9	3,83
ENTRE 13 Y 18 HORAS	14	5,96
ENTRE 19 Y 24 HORAS	15	6,38
ENTRE 25 Y 72 HORAS	110	46,81
ENTRE 4 Y 5 DIAS	43	18,30
ENTRE 6 Y 7 DIAS	13	5,53
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	11	4,68
PLASTRON, NO SE REALIZA QX	11	4,68
MÁS DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA DE PLASTRON	6	2,55
Total	235	100

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 9

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 9

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, más del 45% esperaron entre 25 y 72 horas desde que iniciaron sus síntomas hasta cuando se les realizó la cirugía y sólo en el 2,55% el tiempo que transcurrió entre el inicio de los síntomas y la cirugía fue de más de 2 semanas por ser una cirugía programada por Plastron Apendicular.

TABLA N. 10

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y SEXO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

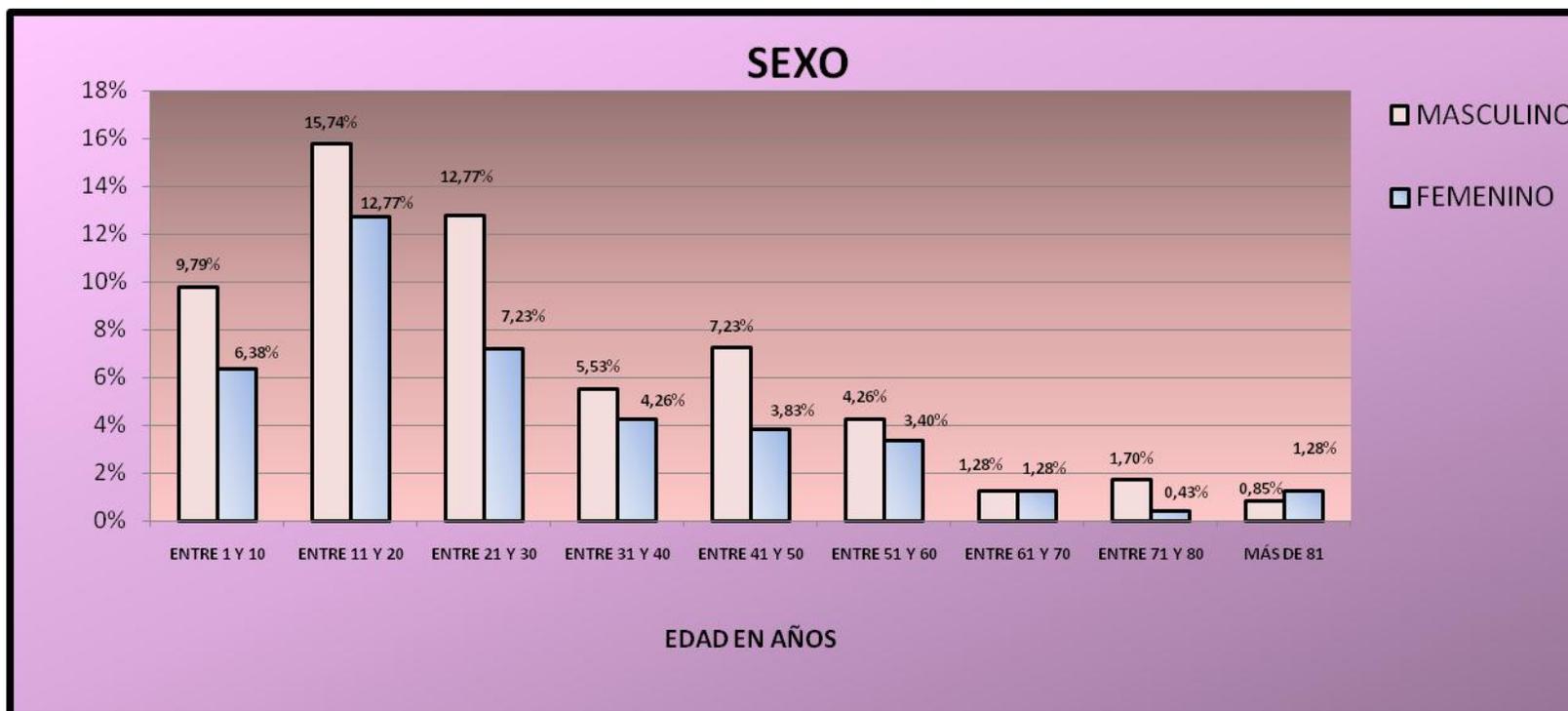
EDAD	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENTRE 1 Y 10	23	9,79%	15	6,38%	38	16,17%
ENTRE 11 Y 20	37	15,74%	30	12,77%	67	28,51%
ENTRE 21 Y 30	30	12,77%	17	7,23%	47	20,00%
ENTRE 31 Y 40	13	5,53%	10	4,26%	23	9,79%
ENTRE 41 Y 50	17	7,23%	9	3,83%	26	11,06%
ENTRE 51 Y 60	10	4,26%	8	3,40%	18	7,66%
ENTRE 61 Y 70	3	1,28%	3	1,28%	6	2,55%
ENTRE 71 Y 80	4	1,70%	1	0,43%	5	2,13%
MÁS DE 81	2	0,85%	3	1,28%	5	2,13%
TOTAL	139	59,15%	96	40,85%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 10

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y SEXO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 10

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje se encuentra entre los 11 y 20 años y de ellos el sexo masculino tiene un porcentaje del 15% mayor que el sexo femenino. El sexo masculino es mayor que el sexo femenino en todas las edades.

TABLA N. 11

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y PROCEDENCIA, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

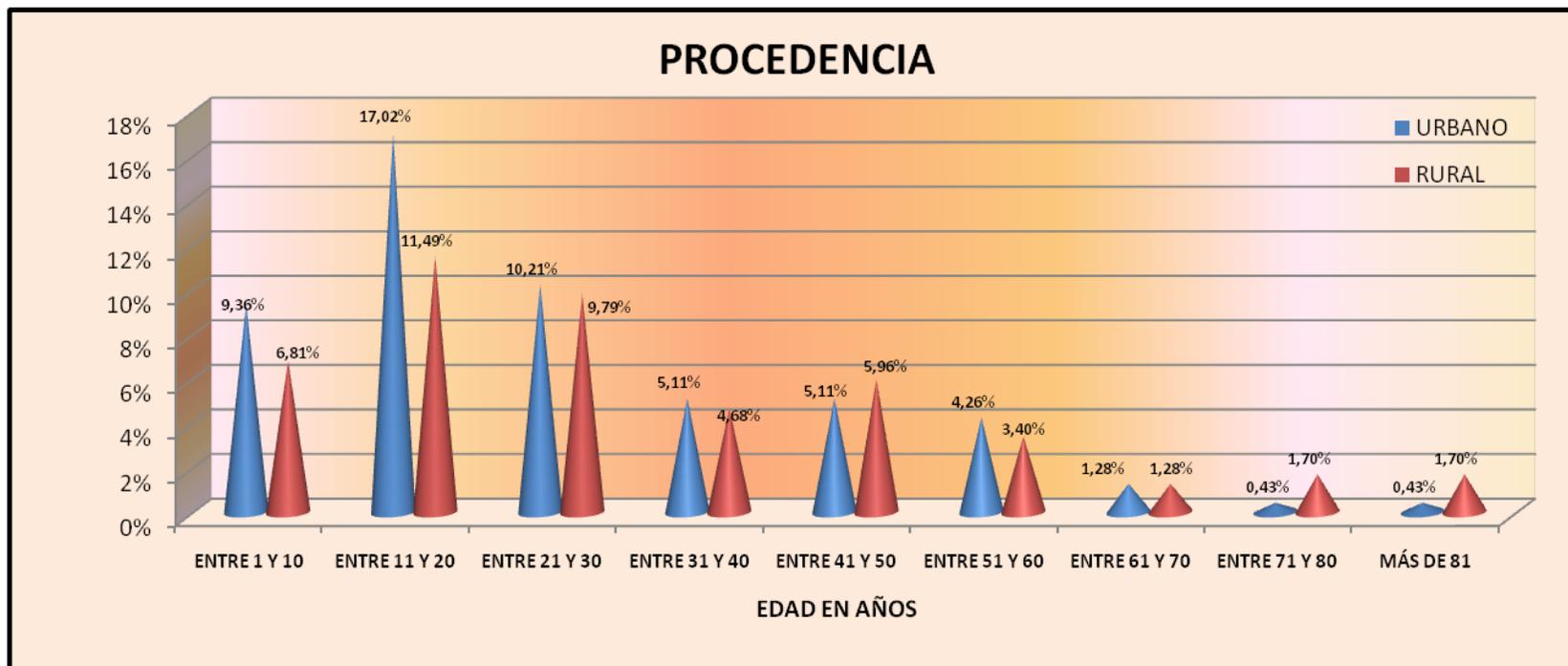
EDAD	PROCEDENCIA					
	URBANO		RURAL		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENTRE 1 Y 10	22	9,36%	16	6,81%	38	16,17%
ENTRE 11 Y 20	40	17,02%	27	11,49%	67	28,51%
ENTRE 21 Y 30	24	10,21%	23	9,79%	47	20,00%
ENTRE 31 Y 40	12	5,11%	11	4,68%	23	9,79%
ENTRE 41 Y 50	12	5,11%	14	5,96%	26	11,06%
ENTRE 51 Y 60	10	4,26%	8	3,40%	18	7,66%
ENTRE 61 Y 70	3	1,28%	3	1,28%	6	2,55%
ENTRE 71 Y 80	1	0,43%	4	1,70%	5	2,13%
MÁS DE 81	1	0,43%	4	1,70%	5	2,13%
TOTAL	125	53,19%	110	46,81%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 11

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y PROCEDENCIA, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 11

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestra que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje se encuentra entre los 11 y 20 años y de ellos la procedencia urbana tiene un porcentaje del 17% mayor que la rural. La procedencia urbana se mantiene sobre la rural en todas las edades

TABLA N. 12

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y AUTOMEDICACIÓN, EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

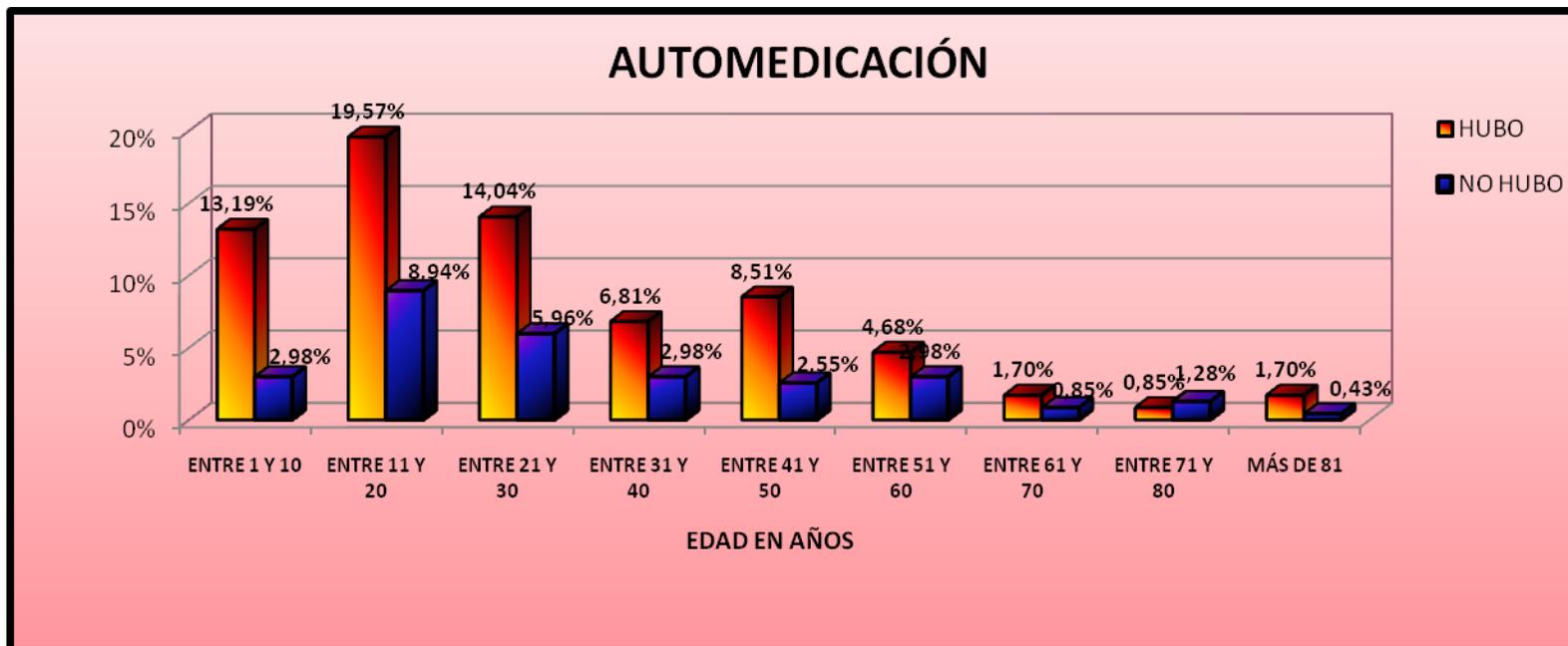
EDAD	AUTOMEDICACIÓN					
	HUBO		NO HUBO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENTRE 1 Y 10	31	13,19%	7	2,98%	38	16,17%
ENTRE 11 Y 20	46	19,57%	21	8,94%	67	28,51%
ENTRE 21 Y 30	33	14,04%	14	5,96%	47	20,00%
ENTRE 31 Y 40	16	6,81%	7	2,98%	23	9,79%
ENTRE 41 Y 50	20	8,51%	6	2,55%	26	11,06%
ENTRE 51 Y 60	11	4,68%	7	2,98%	18	7,66%
ENTRE 61 Y 70	4	1,70%	2	0,85%	6	2,55%
ENTRE 71 Y 80	2	0,85%	3	1,28%	5	2,13%
MÁS DE 81	4	1,70%	1	0,43%	5	2,13%
TOTAL	167	71,06%	68	28,94%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N.12

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y AUTOMEDICACIÓN, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 12

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje se encuentra entre los 11 y 20 años y en todas las edades es mayor el porcentaje de los pacientes que se automedicaron de los que no.



TABLA N. 13

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y COMPLICACIONES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

EDAD	COMPLICACIONES																			
	PERFORACIÓN		PERITONITIS		ABSCESO		PERFORACIÓN, PERITONITIS Y PLASTRON		PLASTRON		PERFORACIÓN Y ABSCESO		PERFORACIÓN Y PERITONITIS		PERFORACIÓN Y PLASTRON		PERITONITIS Y PLASTRON		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
ENTRE 1 Y 10	16	6,81	6	2,55	0	0,00	2	0,85	8	3,40	0	0,00	6	2,55	0	0,00	0	0,00	38	16,17
ENTRE 11 Y 20	30	12,77	12	5,11	0	0,00	2	0,85	12	5,11	0	0,00	10	4,26	1	0,43	0	0,00	67	28,51
ENTRE 21 Y 30	21	8,94	9	3,83	0	0,00	0	0,00	4	1,70	1	0,43	7	2,98	3	1,28	2	0,85	47	20,00
ENTRE 31 Y 40	7	2,98	5	2,13	1	0,43	0	0,00	3	1,28	2	0,85	4	1,70	1	0,43	0	0,00	23	9,79
ENTRE 41 Y 50	6	2,55	4	1,70	1	0,43	1	0,43	7	2,98	0	0,00	4	1,70	2	0,85	1	0,43	26	11,06
ENTRE 51 Y 60	3	1,28	6	2,55	1	0,43	0	0,00	4	1,70	0	0,00	3	1,28	1	0,43	0	0,00	18	7,66
ENTRE 61 Y 70	1	0,43	2	0,85	1	0,43	1	0,43	1	0,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	2,55
ENTRE 71 Y 80	0	0,00	1	0,43	0	0,00	0	0,00	2	0,85	0	0,00	2	0,85	0	0,00	0	0,00	5	2,13
MÁS DE 81	1	0,43	1	0,43	1	0,43	0	0,00	1	0,43	0	0,00	1	0,43	0	0,00	0	0,00	5	2,13
TOTAL	85	36,17	46	19,57	5	2,13	6	2,55	42	17,87	3	1,28	37	15,74	8	3,40	3	1,28	235	100%

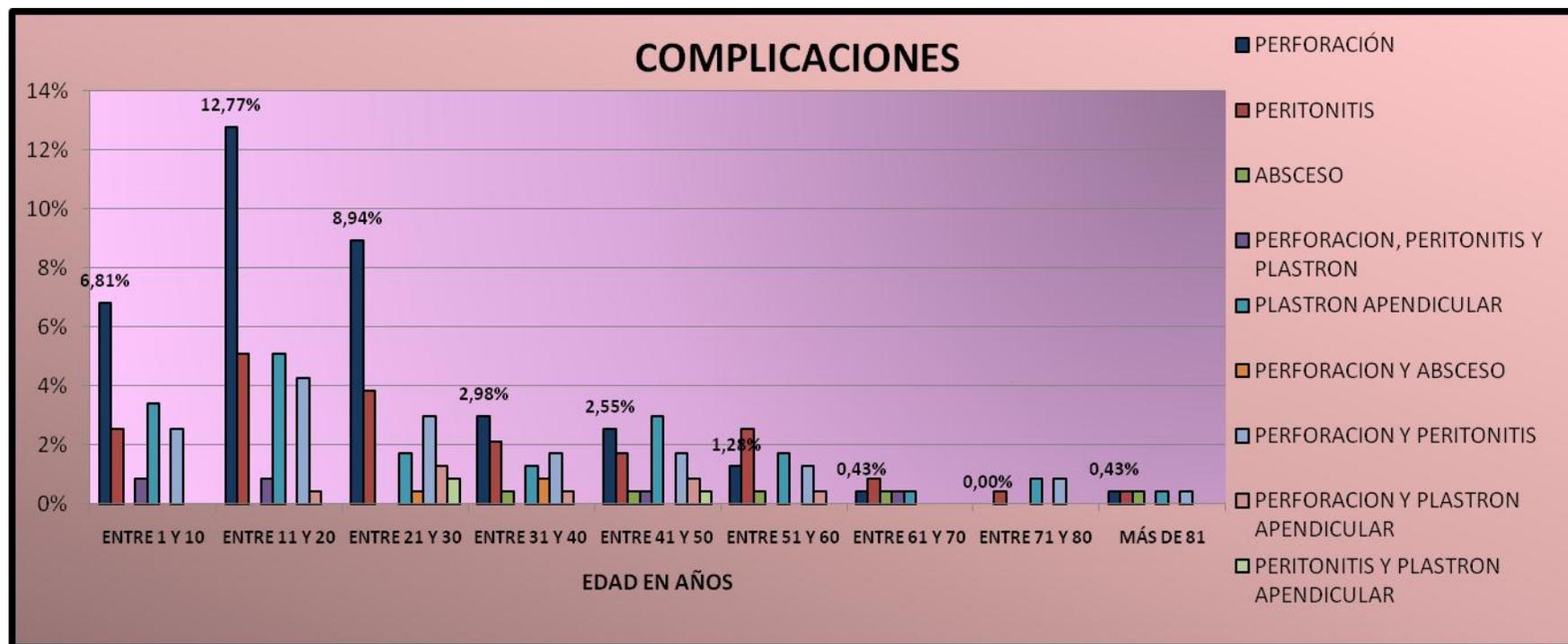
FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 13

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y COMPLICACIONES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 13

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje se encuentra entre los 11 y 20 años y en todas las edades es mayor el número de pacientes que presentan la perforación como la primera complicación con un porcentaje de más del 36% de todas las complicación



TABLA N. 14

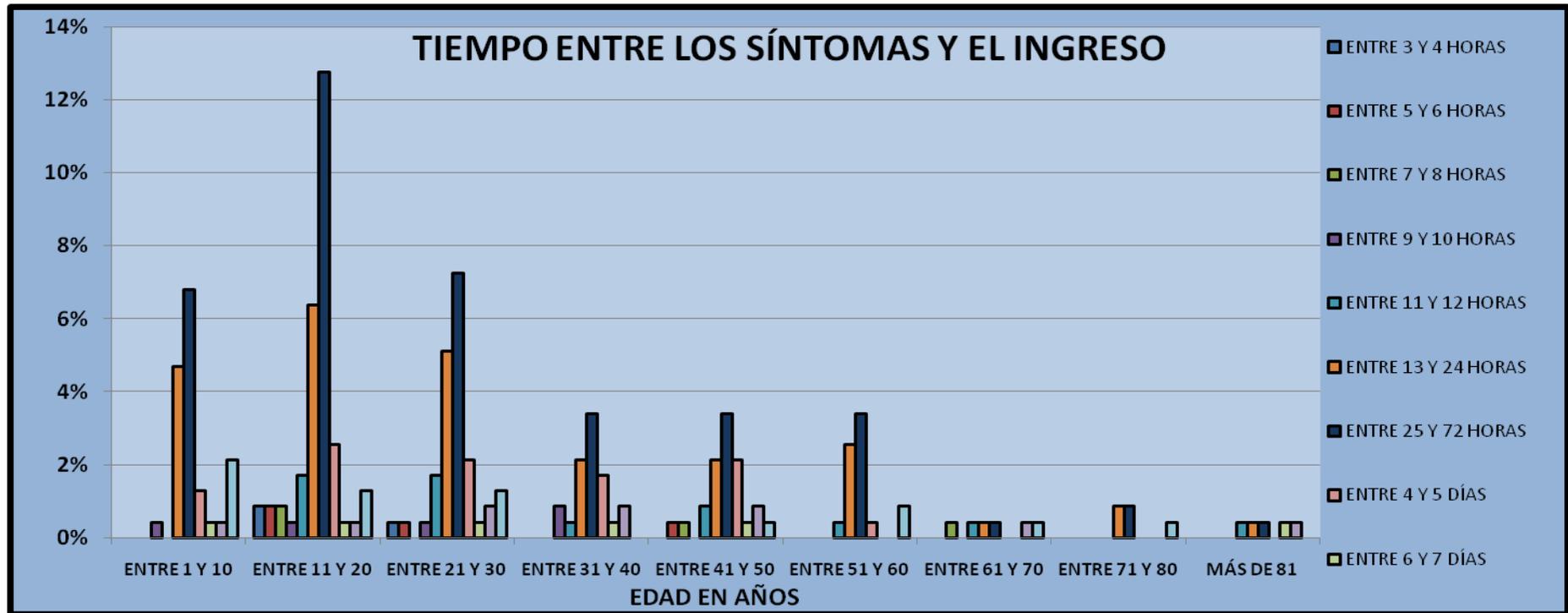
DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO AL HOSPITAL																						TOTAL	
	ENTRE 3 Y 4 HORAS		ENTRE 5 Y 6 HORAS		ENTRE 7 Y 8 HORAS		ENTRE 9 Y 10 HORAS		ENTRE 11 Y 12 HORAS		ENTRE 13 Y 24 HORAS		ENTRE 25 Y 72 HORAS		ENTRE 4 Y 5 DÍAS		ENTRE 6 Y 7 DÍAS		ENTRE 1 Y 2 SEMANAS		> DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA D X PLASTRON			
EDAD	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
ENTRE 1 Y 10	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,43	0	0,00	11	4,68	16	6,81	3	1,28	1	0,43	1	0,43	5	2,13	38	16,17
ENTRE 11 Y 20	2	0,85	2	0,85	2	0,85	1	0,43	4	1,70	15	6,38	30	12,77	6	2,55	1	0,43	1	0,43	3	1,28	67	28,51
ENTRE 21 Y 30	1	0,43	1	0,43	0	0,00	1	0,43	4	1,70	12	5,11	17	7,23	5	2,13	1	0,43	2	0,85	3	1,28	47	20,00
ENTRE 31 Y 40	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,85	1	0,43	5	2,13	8	3,40	4	1,70	1	0,43	2	0,85	0	0,00	23	9,79
ENTRE 41 Y 50	0	0,00	1	0,43	1	0,43	0	0,00	2	0,85	5	2,13	8	3,40	5	2,13	1	0,43	2	0,85	1	0,43	26	11,06
ENTRE 51 Y 60	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,43	6	2,55	8	3,40	1	0,43	0	0,00	0	0,00	2	0,85	18	7,66
ENTRE 61 Y 70	0	0,00	0	0,00	1	0,43	0	0,00	1	0,43	1	0,43	1	0,43	0	0,00	0	0,00	1	0,43	1	0,43	6	2,55
ENTRE 71 Y 80	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,85	2	0,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,43	5	2,13%
MAS DE 81	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,43	1	0,43	1	0,43	0	0,00	1	0,43	1	0,43	0	0,00	5	2,13%
TOTAL	3	1,28	4	1,70	4	1,70	5	2,13	14	5,96	58	24,6	91	38,72	24	10,2	6	2,55	10	4,26	16	6,81	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 14

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 14

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: La tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje se encuentra entre los 11 y 20 años y en todas las edades es mayor el número de pacientes que esperó entre 25 y 72 horas desde que iniciaron sus síntomas hasta que acude al Hospital un porcentaje del 38%.

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López



TABLA N. 15

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

EDAD AÑOS	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA																					
	MENOS DE 1 HORA		ENTRE 1 Y 2 HORAS		ENTRE 3 Y 4 HORAS		ENTRE 5 Y 6 HORAS		ENTRE 7 Y 8 HORAS		ENTRE 9 Y 10 HORAS		ENTRE 11 Y 12 HORAS		ENTR 13 Y 24 HORAS		ENTRE 25 Y 72 HORAS		PLASTRON, NO SE REALIZA QX POR ANTIBIOTICOT ERAPIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
ENTRE 1 Y 10	3	1,28%	6	2,55%	10	4,26%	10	4,26%	3	1,28%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,28%	1	0,43%	2	0,85%	38	16,17%
ENTRE 11 Y 20	4	1,70%	13	5,53%	16	6,81%	10	4,26%	4	1,70%	4	1,70%	7	2,98%	2	0,85%	5	2,13%	2	0,85%	67	28,51%
ENTRE 21 Y 30	3	1,28%	9	3,83%	10	4,26%	5	2,13%	7	2,98%	2	0,85%	2	0,85%	5	2,13%	2	0,85%	2	0,85%	47	20,00%
ENTRE 31 Y 40	1	0,43%	3	1,28%	6	2,55%	4	1,70%	4	1,70%	1	0,43%	2	0,85%	2	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	23	9,79%
ENTRE 41 Y 50	1	0,43%	7	2,98%	9	3,83%	5	2,13%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,43%	1	0,43%	1	0,43%	26	11,06%
ENTRE 51 Y 60	1	0,43%	0	0,00%	4	1,70%	2	0,85%	2	0,85%	1	0,43%	0	0,00%	4	1,70%	2	0,85%	2	0,85%	18	7,66%
ENTRE 61 Y 70	0	0,00%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,43%	6	2,55%
ENTRE 71 Y 80	0	0,00%	1	0,43%	2	0,85%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	5	2,13%
MÁS DE 81	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,43%	3	1,28%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	2,13%
TOTAL	13	5,53%	41	17,45	58	24,68%	37	15,74%	25	10,64%	9	3,83%	12	5,11%	18	7,66%	11	4,68%	11	4,68%	235	100%

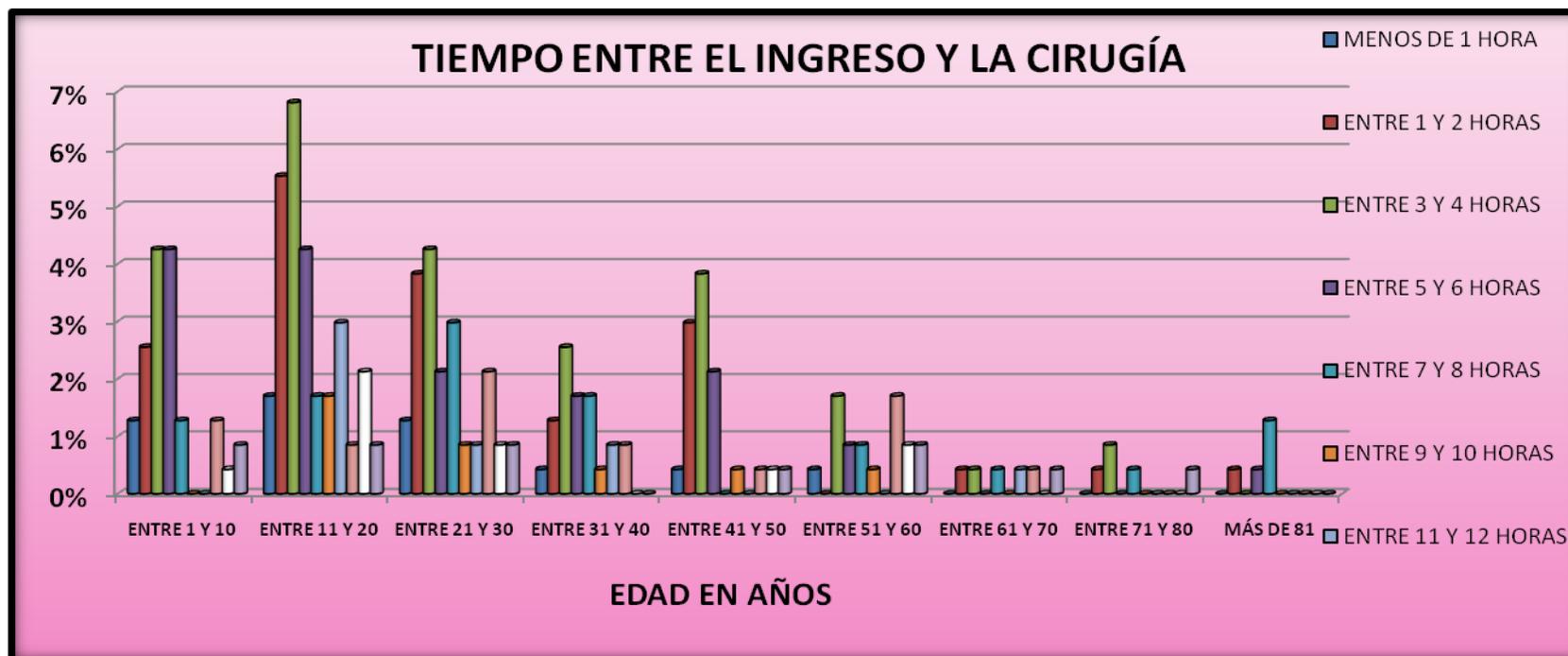
FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 15

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 15

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje se encuentra entre los 11 y 20 años y en todas las edades es mayor el número de pacientes esperó entre 3 y 4 horas desde que ingresó al hospital hasta que se realizó la cirugía con un porcentaje de más del 24%, entre 1 y 2 horas esperó más del 15% de los pacientes y más del 17% esperó entre 5 y 6 horas para la cirugía.



TABLA N. 16

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

	EDAD EN AÑOS																						
	ENTRE 1 Y 10		ENTRE 11 Y 20		ENTRE 21 Y 30		ENTRE 31 Y 40		ENTRE 41 Y 50		ENTRE 51 Y 60		ENTRE 61 Y 70		ENTRE 71 Y 80		MÁS DE 81		TOTAL				
TIEMPO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%			
ENTRE 1 Y 6 HORAS	0	0,00%	2	0,85%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,28%	
ENTRE 7 Y 12 HORAS	0	0,00%	5	2,13%	2	0,85%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	9	3,83%	
ENTRE 13 Y 18 HORAS	1	0,43%	3	1,28%	3	1,28%	3	1,28%	3	1,28%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	14	5,96%	
ENTRE 19 Y 24 HORAS	3	1,28%	2	0,85%	5	2,13%	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	15	6,38%	
ENTRE 25 Y 72 HORAS	19	8,09%	36	15,32%	21	8,94%	11	4,68%	6	2,55%	12	5,11%	1	0,43%	3	1,28%	1	0,43%	11	4,68%	0	0,00%	46,81%
ENTRE 4 Y 5 DIAS	7	2,98%	10	4,26%	7	2,98%	4	1,70%	10	4,26%	3	1,28%	0	0,00%	1	0,43%	1	0,43%	1	0,43%	43	18,30%	
ENTRE 6 Y 7 DIAS	2	0,85%	5	2,13%	2	0,85%	2	0,85%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	13	5,53%	
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	1	0,43%	1	0,43%	3	1,28%	2	0,85%	2	0,85%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	11	4,68%	
PLASTRON, NO SE REALIZA QX	2	0,85%	2	0,85%	2	0,85%	0	0,00%	1	0,43%	2	0,85%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	11	4,68%	
MÁS DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA DE PLASTRON	3	1,28%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	2,55%	
TOTAL	38	16,17	67	28,51%	47	20,00%	23	9,79%	26	11,06%	18	7,66%	6	2,55%	5	2,13%	5	2,13%	235	100%			

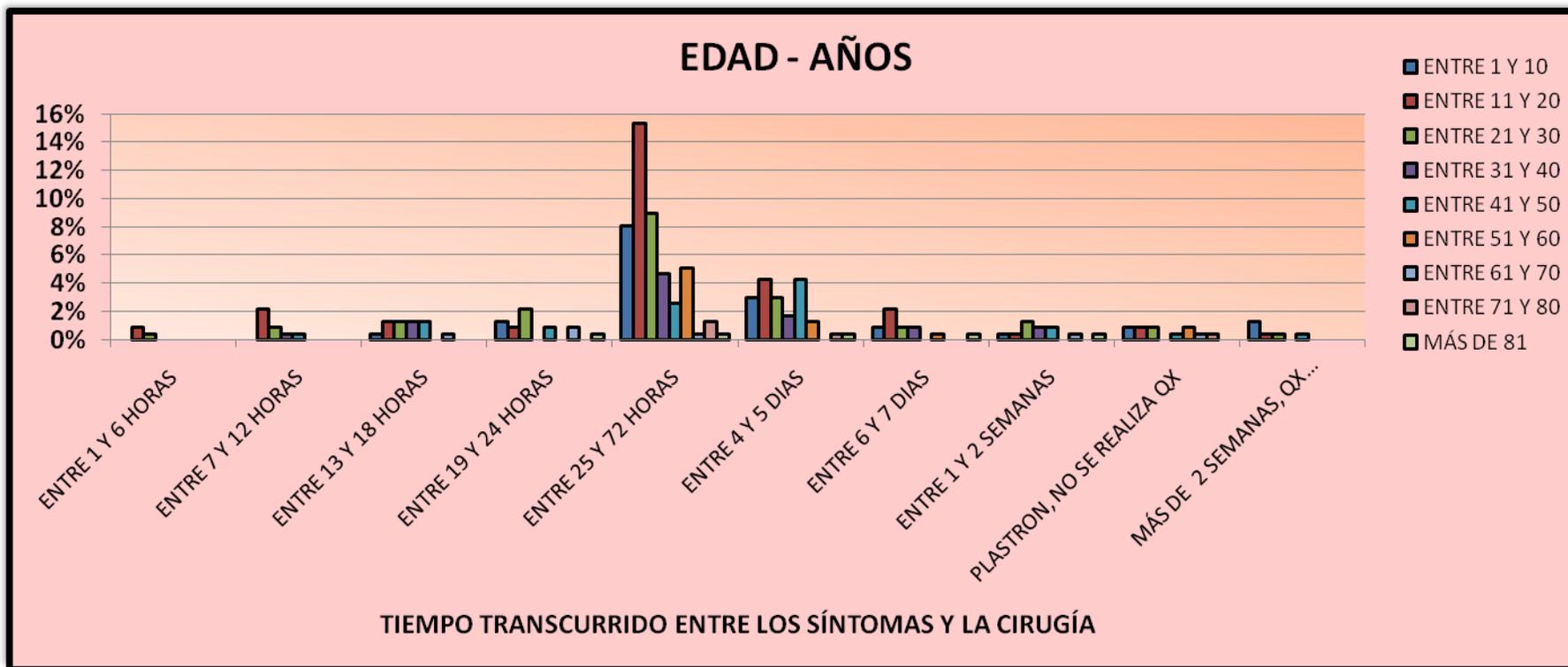
FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 16

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN EDAD Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 16

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje se encuentra entre los 11 y 20 años y en todas las edades el mayor porcentaje de pacientes esperó entre 25 y 72 horas desde que iniciaron sus síntomas hasta que se le realizó la cirugía.

TABLA N. 17

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y LA AUTOMEDICACIÓN, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

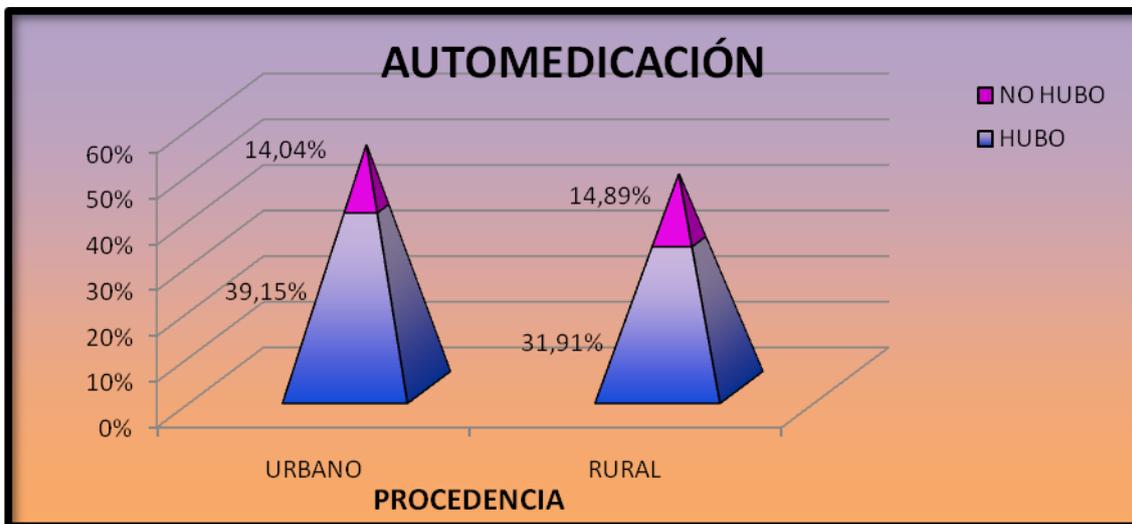
PROCEDENCIA	AUTOMEDICACIÓN					
	HUBO		NO HUBO		TOTAL	
	FRECUENCIA	HUBO	FRECUENCIA	NO HUBO	FRECUENCIA	%
URBANO	92	39,15%	33	14,04%	125	53,19%
RURAL	75	31,91%	35	14,89%	110	46,81%
TOTAL	167	71,06%	68	28,94%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 17

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y LA AUTOMEDICACIÓN, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 17

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje es de procedencia urbana con más del 53% y son más los pacientes que presentan automedicación con el 71%, independientemente de la procedencia.



TABLA N. 18

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y LAS COMPLICACIONES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

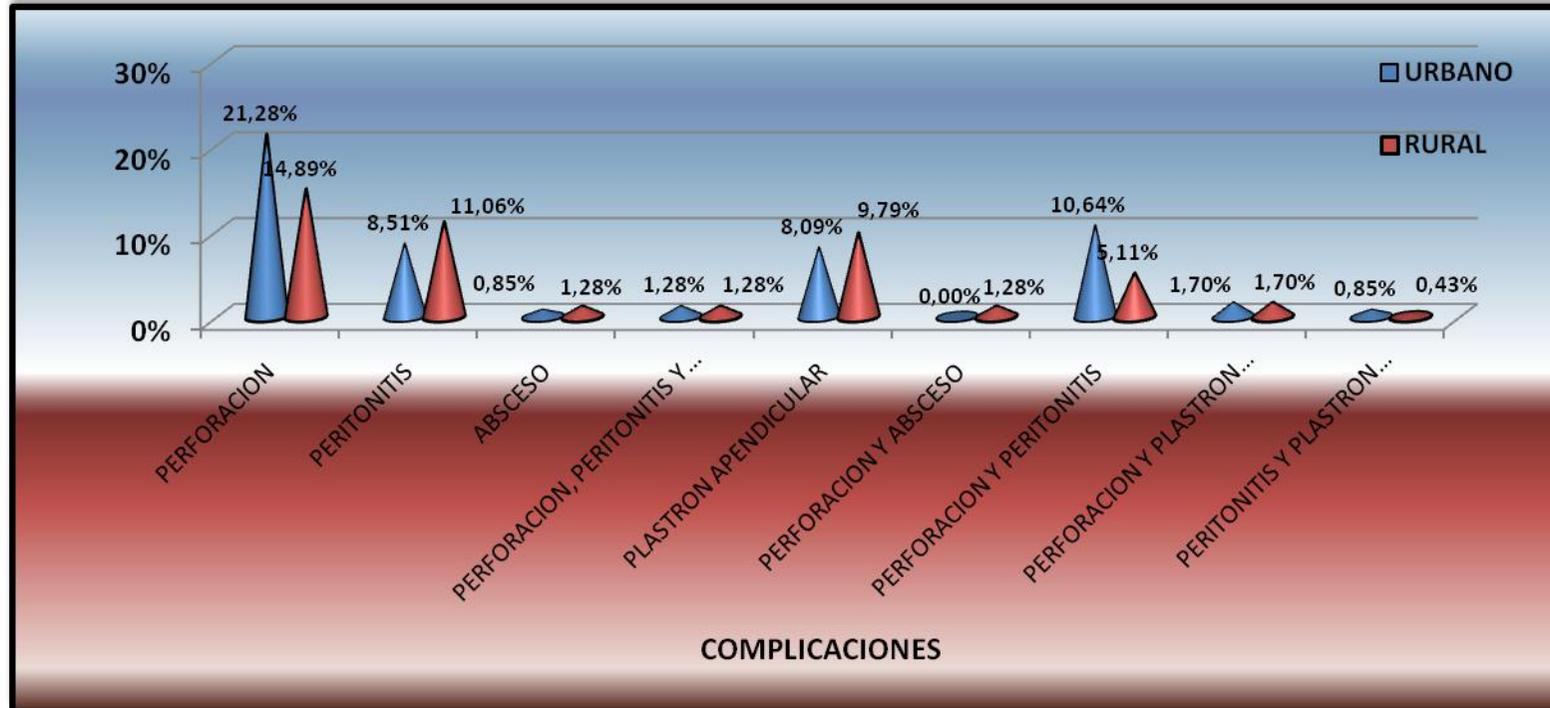
	PROCEDENCIA					
	URBANO		RURAL		TOTAL	
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
PERFORACION	50	21,28%	35	14,89%	85	36,17%
PERITONITIS	20	8,51%	26	11,06%	46	19,57%
ABSCESO	2	0,85%	3	1,28%	5	2,13%
PERFORACION, PERITONITIS Y PLASTRON	3	1,28%	3	1,28%	6	2,55%
PLASTRON APENDICULAR	19	8,09%	23	9,79%	42	17,87%
PERFORACION Y ABSCESO	0	0,00%	3	1,28%	3	1,28%
PERFORACION Y PERITONITIS	25	10,64%	12	5,11%	37	15,74%
PERFORACION Y PLASTRON APENDICULAR	4	1,70%	4	1,70%	8	3,40%
PERITONITIS Y PLASTRON APENDICULAR	2	0,85%	1	0,43%	3	1,28%
TOTAL	125	53,19%	110	46,81%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 18

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y LAS COMPLICACIONES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 18

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje presentó como complicación la perforación y es mayor el porcentaje de procedencia urbana con el 21% que el 14% de procedencia rural en este grupo.

TABLA N. 19

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

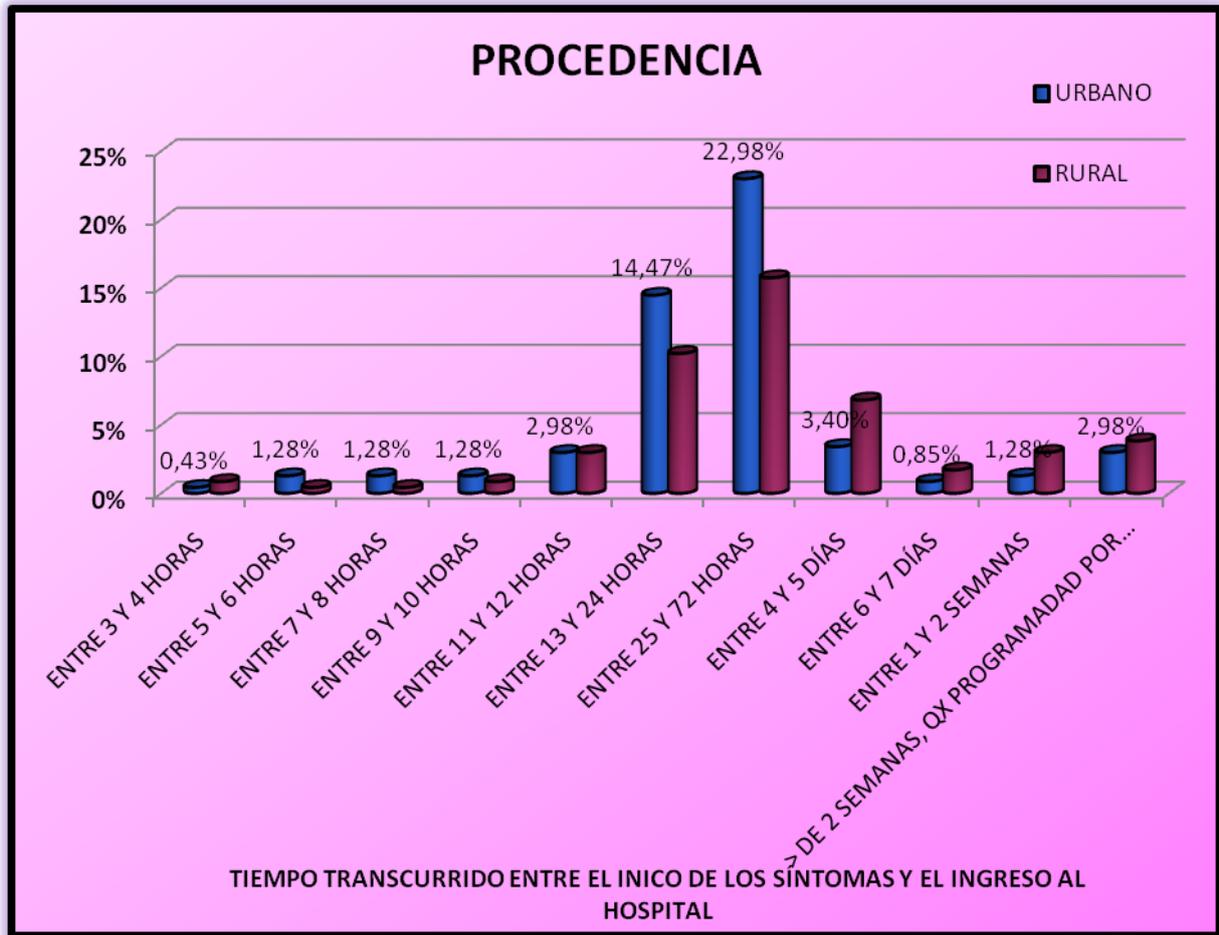
	PROCEDENCIA					
	URBANO		RURAL		Total	
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO AL HOSPITAL	FR	%	FR	%	FR	%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	1	0,43%	2	0,85%	3	1,28%
ENTRE 5 Y 6 HORAS	3	1,28%	1	0,43%	4	1,70%
ENTRE 7 Y 8 HORAS	3	1,28%	1	0,43%	4	1,70%
ENTRE 9 Y 10 HORAS	3	1,28%	2	0,85%	5	2,13%
ENTRE 11 Y 12 HORAS	7	2,98%	7	2,98%	14	5,96%
ENTRE 13 Y 24 HORAS	34	14,47%	24	10,21%	58	24,68%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	54	22,98%	37	15,74%	91	38,72%
ENTRE 4 Y 5 DÍAS	8	3,40%	16	6,81%	24	10,21%
ENTRE 6 Y 7 DÍAS	2	0,85%	4	1,70%	6	2,55%
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	3	1,28%	7	2,98%	10	4,26%
> DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA POR PLASTRON	7	2,98%	9	3,83%	16	6,81%
TOTAL	125	53,19%	110	46,81%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 19

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 19

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje de pacientes esperó entre 25 y 72 horas desde que inició sus síntomas hasta el ingreso al hospital y el 22,98% en este grupo es de procedencia urbana mayor que la procedencia rural con el 15%.

TABLA N. 20

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO AL HOSPITAL Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

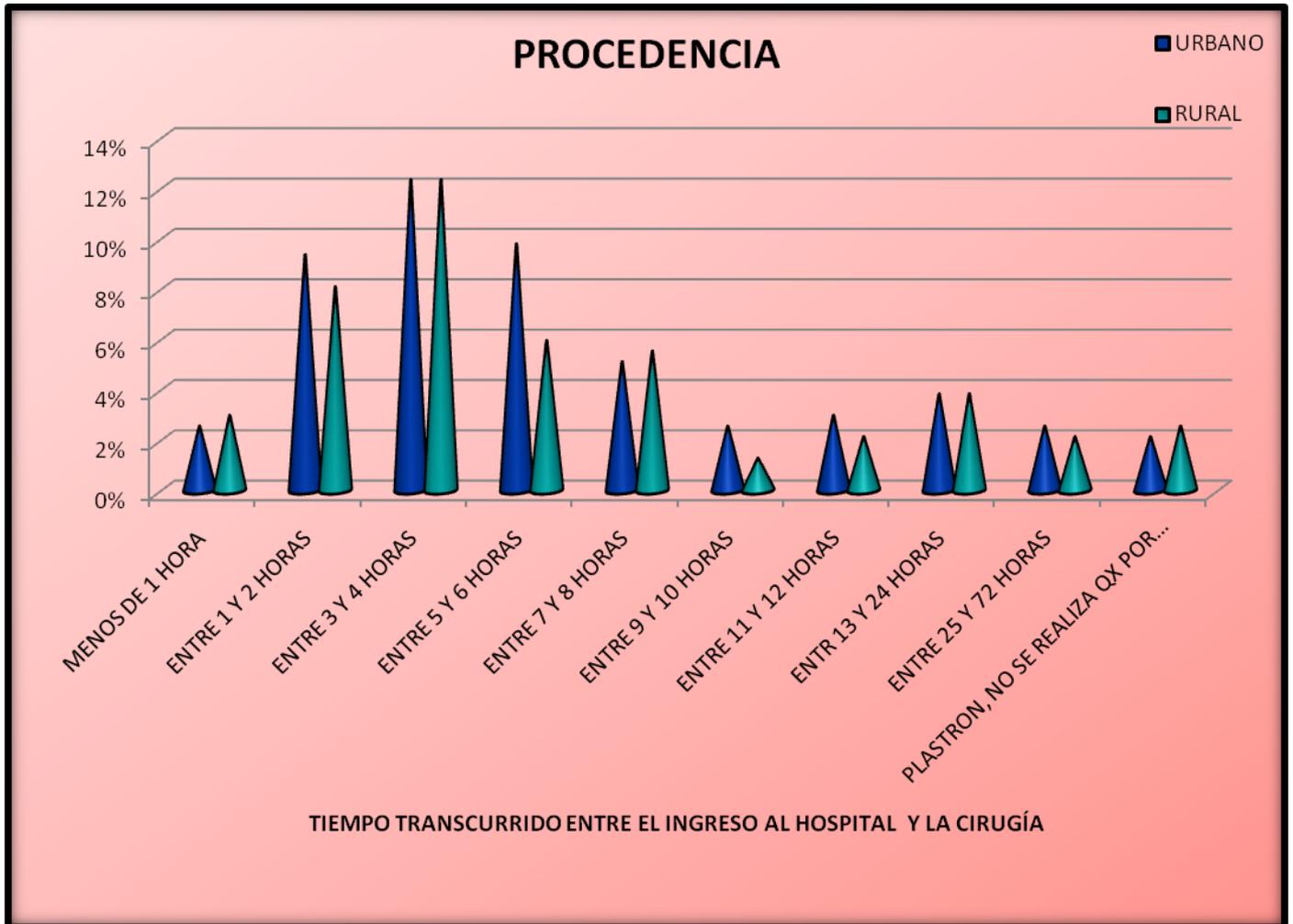
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO AL HOSPITAL Y LA CIRUGÍA	PROCEDENCIA					
	URBANO		RURAL		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
MENOS DE 1 HORA	6	2,55%	7	2,98%	13	5,53%
ENTRE 1 Y 2 HORAS	22	9,36%	19	8,09%	41	17,45%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	29	12,34%	29	12,34%	58	24,68%
ENTRE 5 Y 6 HORAS	23	9,79%	14	5,96%	37	15,74%
ENTRE 7 Y 8 HORAS	12	5,11%	13	5,53%	25	10,64%
ENTRE 9 Y 10 HORAS	6	2,55%	3	1,28%	9	3,83%
ENTRE 11 Y 12 HORAS	7	2,98%	5	2,13%	12	5,11%
ENTR 13 Y 24 HORAS	9	3,83%	9	3,83%	18	7,66%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	6	2,55%	5	2,13%	11	4,68%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX POR ANTIBIOTICOTERAPIA	5	2,13%	6	2,55%	11	4,68%
TOTAL	125	53,19%	110	46,81%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 20

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO AL HOSPITAL Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 20

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje esperó entre 3 y 4 horas desde que ingresó al hospital hasta la cirugía y en este grupo es igual el porcentaje de la procedencia urbana que la rural pero en el total de pacientes es mayor el porcentaje de pacientes de procedencia urbana.

TABLA N. 21

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

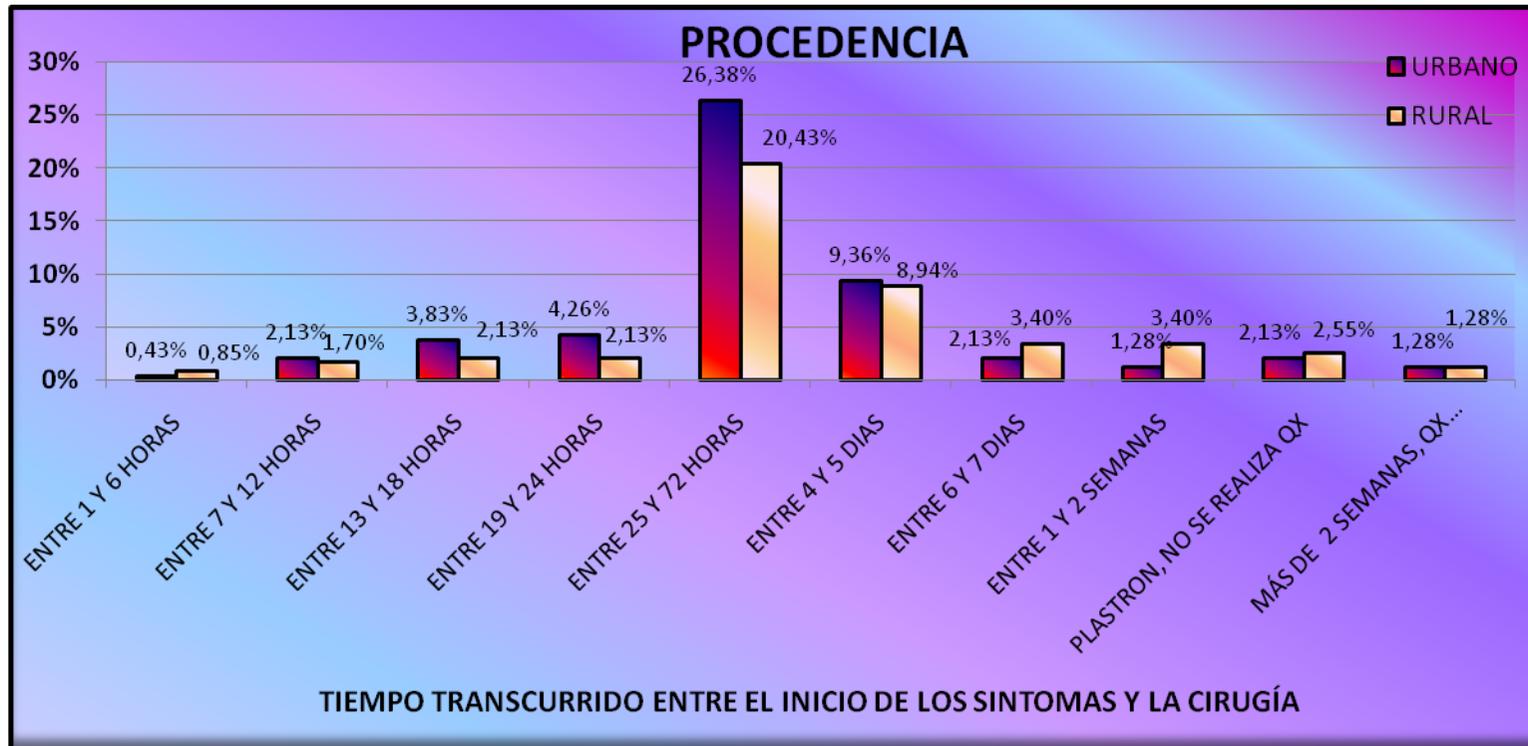
	PROCEDENCIA					
	URBANO		RURAL		TOTAL	
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
ENTRE 1 Y 6 HORAS	1	0,43%	2	0,85%	3	1,28%
ENTRE 7 Y 12 HORAS	5	2,13%	4	1,70%	9	3,83%
ENTRE 13 Y 18 HORAS	9	3,83%	5	2,13%	14	5,96%
ENTRE 19 Y 24 HORAS	10	4,26%	5	2,13%	15	6,38%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	62	26,38%	48	20,43%	110	46,81%
ENTRE 4 Y 5 DIAS	22	9,36%	21	8,94%	43	18,30%
ENTRE 6 Y 7 DIAS	5	2,13%	8	3,40%	13	5,53%
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	3	1,28%	8	3,40%	11	4,68%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX	5	2,13%	6	2,55%	11	4,68%
MÁS DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA DE PLASTRON	3	1,28%	3	1,28%	6	2,55%
TOTAL	125	53,19%	110	46,81%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 21

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 21

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje esperó entre 25 y 72 horas entre el inicio de sus síntomas y la cirugía y en este grupo es mayor el porcentaje de los de procedencia urbana que rural, y se mantiene para todos los pacientes.

TABLA N. 22

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y EL SEXO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

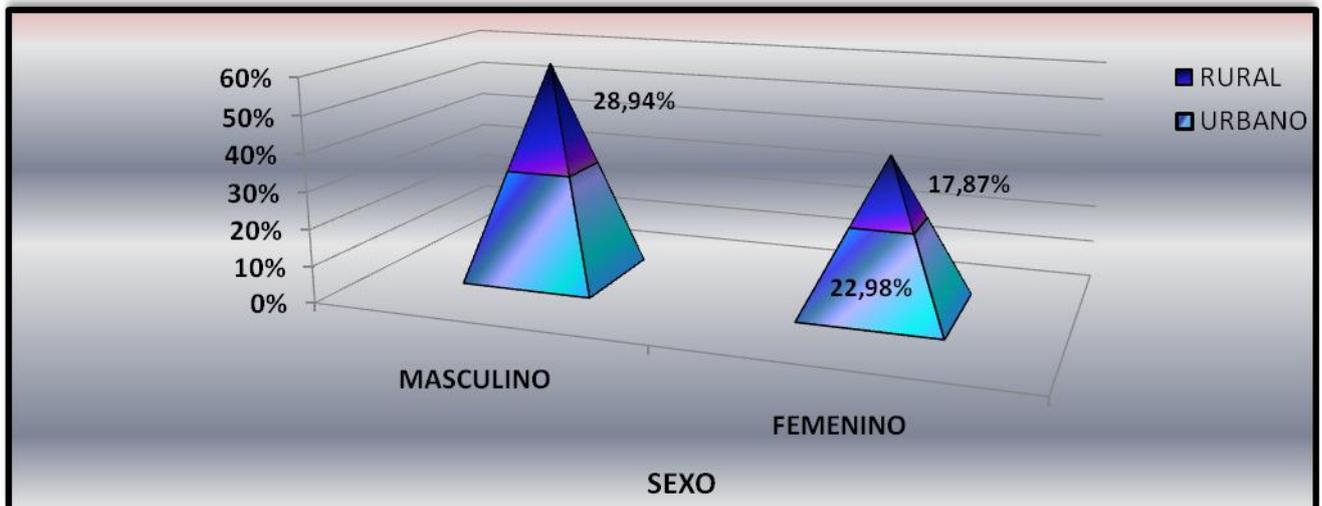
SEXO	PROCEDENCIA					
	URBANO		RURAL		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
MASCULINO	71	30,21%	68	28,94%	139	59,15%
FEMENINO	54	22,98%	42	17,87%	96	40,85%
TOTAL	125	53,19%	110	46,81%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 22

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA PROCEDENCIA Y EL SEXO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 22

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje (59%) de pacientes es de sexo masculino y de este grupo el mayor porcentaje es de procedencia urbana (30%), al igual que en el sexo femenino que predomina la procedencia urbana.

TABLA N. 23

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y ERROR DIAGNÓSTICO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

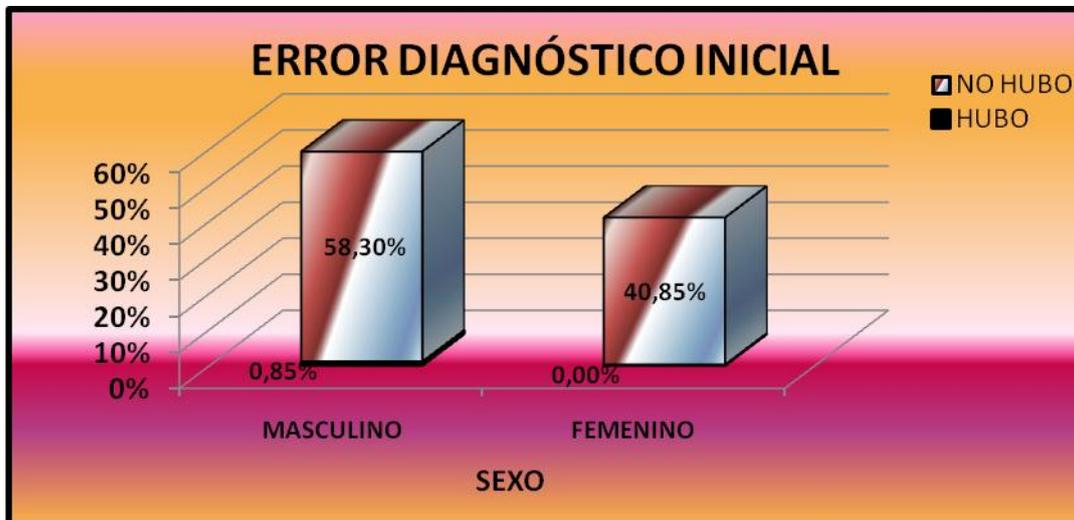
SEXO	ERROR DIAGNÓSTICO					
	HUBO		NO HUBO		TOTAL	
	FRECUENCIA	HUBO	FRECUENCIA	NO HUBO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	2	0,85%	137	58,30%	139	59,15%
FEMENINO	0	0,00%	96	40,85%	96	40,85%
TOTAL	2	0,85%	233	99,15%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 23

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y ERROR DIAGNÓSTICO INICIAL, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 23

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje de pacientes es de sexo masculino con el 59% y solo el 0,85% presentó error diagnóstico inicial al ingreso al hospital mientras que el sexo femenino es el 40,85% y no tuvo ningún caso de error diagnóstico.

TABLA N. 24

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y AUTOMEDICACIÓN, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

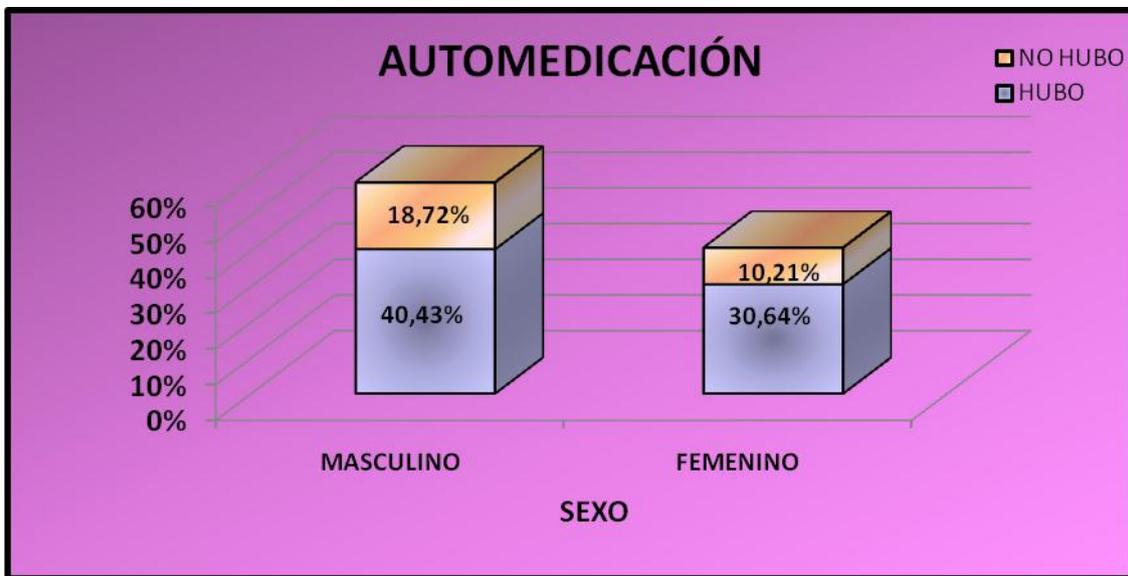
SEXO	AUTOMEDICACIÓN					
	HUBO		NO HUBO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
MASCULINO	95	40,43%	44	18,72%	139	59,15%
FEMENINO	72	30,64%	24	10,21%	96	40,85%
TOTAL	167	71,06%	68	28,94%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 24

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y AUTOMEDICACIÓN, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 24

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje es del sexo masculino con el 59% y de ellos el 40% no tuvo automedicación, al igual que en las mujeres que el mayor porcentaje no tuvo automedicación.

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

TABLA N. 25

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y COMPLICACIONES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

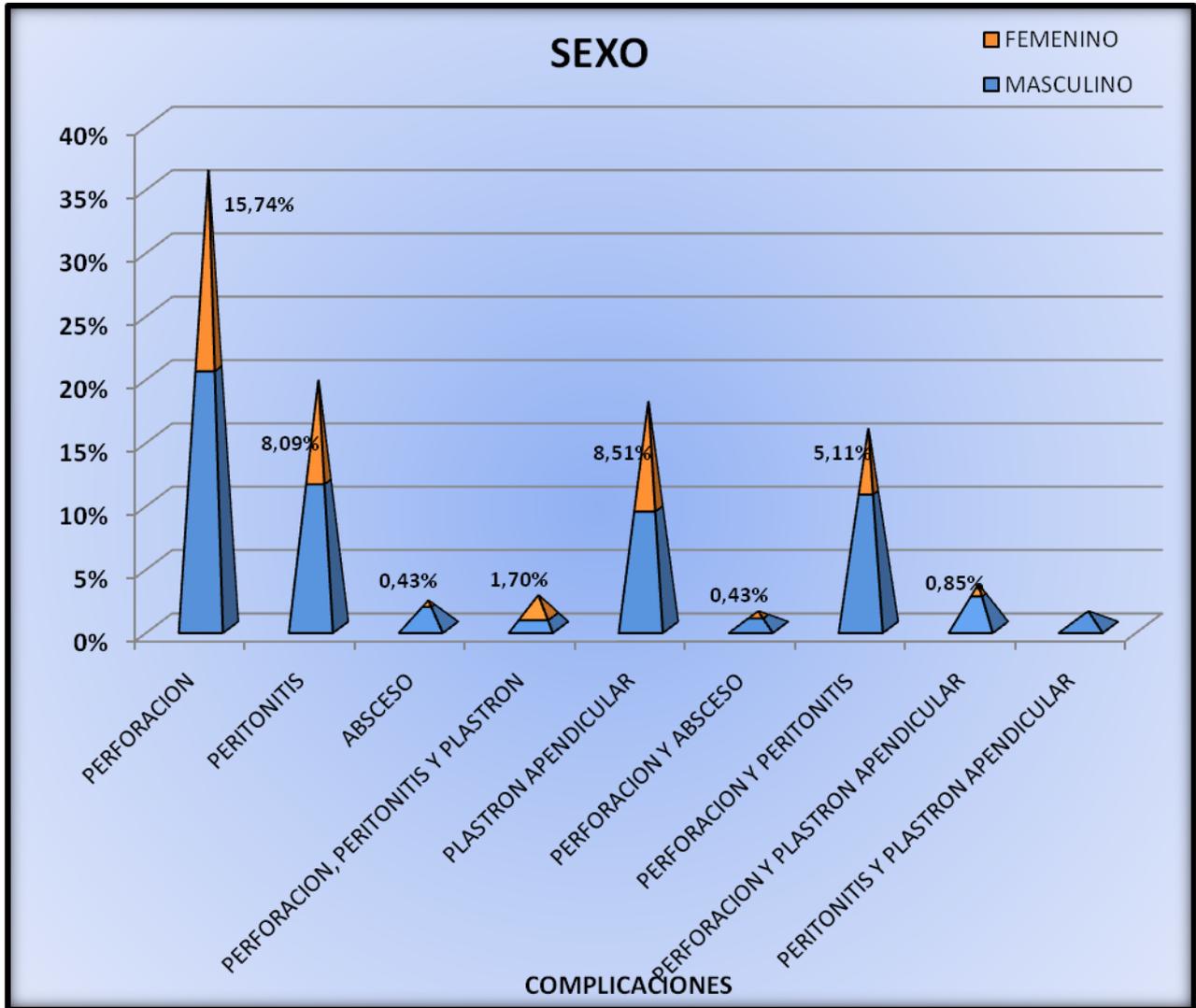
COMPLICACIONES	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
PERFORACION	48	20,43%	37	15,74%	85	36,17%
PERITONITIS	27	11,49%	19	8,09%	46	19,57%
ABSCESO	4	1,70%	1	0,43%	5	2,13%
PERFORACION, PERITONITIS Y PLASTRON	2	0,85%	4	1,70%	6	2,55%
PLASTRON APENDICULAR	22	9,36%	20	8,51%	42	17,87%
PERFORACION Y ABSCESO	2	0,85%	1	0,43%	3	1,28%
PERFORACION Y PERITONITIS	25	10,64%	12	5,11%	37	15,74%
PERFORACION Y PLASTRON APENDICULAR	6	2,55%	2	0,85%	8	3,40%
PERITONITIS Y PLASTRON APENDICULAR	3	1,28%	0	0,00%	3	1,28%
TOTAL	139	59,15%	96	40,85%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 25

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y COMPLICACIONES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 25

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje de las complicaciones fue la perforación con el 36% y dentro de este grupo el mayor porcentaje con respecto al sexo fue el masculino con más del 25%. En todas las complicaciones el mayor porcentaje siempre es el masculino.

TABLA N. 26

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

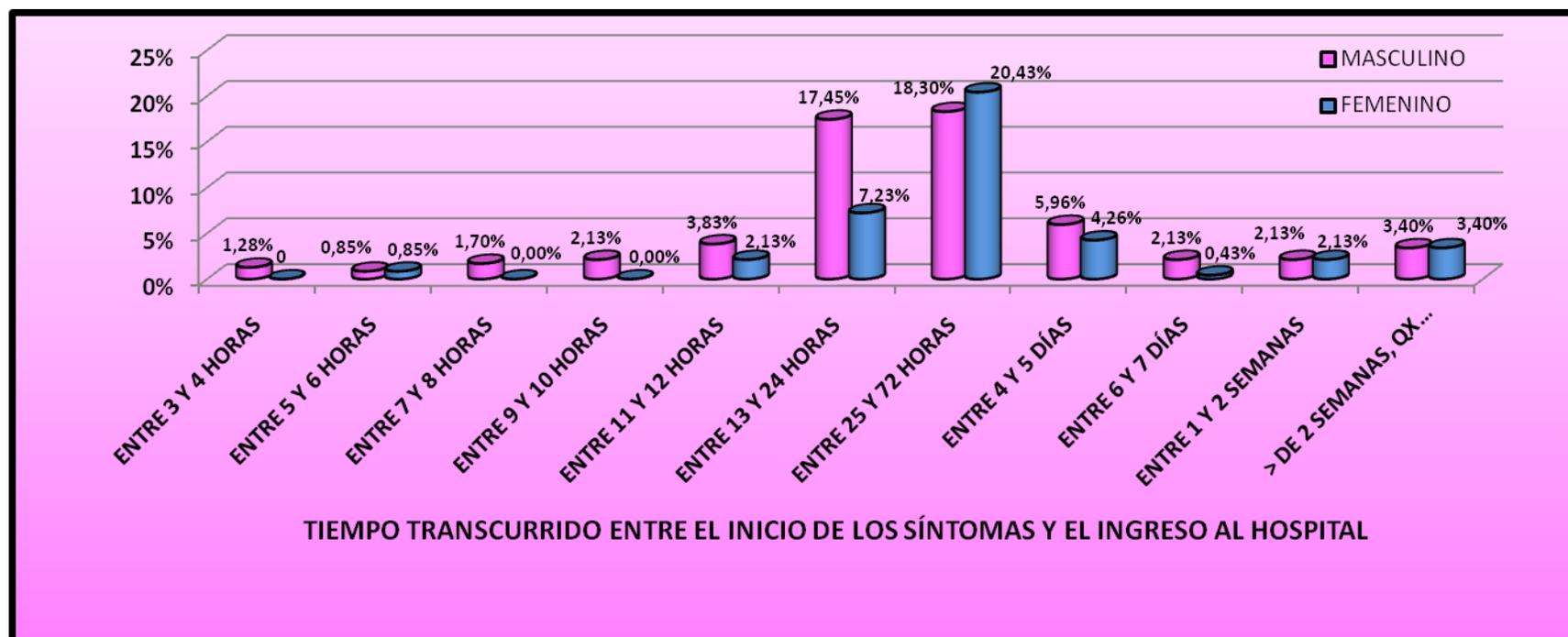
	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
TIEMPO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO AL HOSPITAL	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	3	1,28%	0	0	3	1,28%
ENTRE 5 Y 6 HORAS	2	0,85%	2	0,85%	4	1,70%
ENTRE 7 Y 8 HORAS	4	1,70%	0	0,00%	4	1,70%
ENTRE 9 Y 10 HORAS	5	2,13%	0	0,00%	5	2,13%
ENTRE 11 Y 12 HORAS	9	3,83%	5	2,13%	14	5,96%
ENTRE 13 Y 24 HORAS	41	17,45%	17	7,23%	58	24,68%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	43	18,30%	48	20,43%	91	38,72%
ENTRE 4 Y 5 DÍAS	14	5,96%	10	4,26%	24	10,21%
ENTRE 6 Y 7 DÍAS	5	2,13%	1	0,43%	6	2,55%
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	5	2,13%	5	2,13%	10	4,26%
> DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA POR PLASTRON	8	3,40%	8	3,40%	16	6,81%
TOTAL	139	59,15%	96	40,85%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 26

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 26

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje que esperó entre 25 y 72 horas desde que iniciaron sus síntomas hasta que ingresó al hospital son del sexo femenino con el 20,43%, mientras que en el resto de grupos es mayor el porcentaje del sexo masculino sobre el femenino.

TABLA N. 27

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

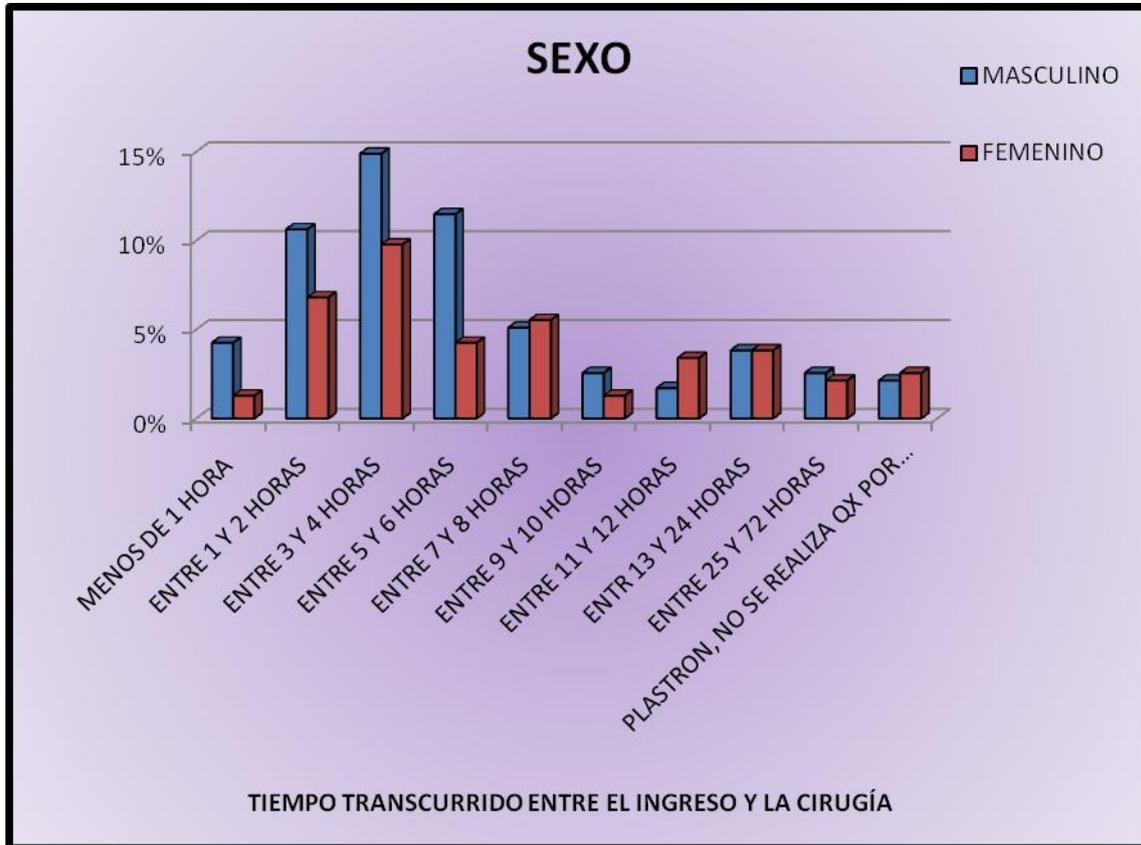
	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
TIEMPO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MENOS DE 1 HORA	10	4,26%	3	1,28%	13	5,53%
ENTRE 1 Y 2 HORAS	25	10,64%	16	6,81%	41	17,45%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	35	14,89%	23	9,79%	58	24,68%
ENTRE 5 Y 6 HORAS	27	11,49%	10	4,26%	37	15,74%
ENTRE 7 Y 8 HORAS	12	5,11%	13	5,53%	25	10,64%
ENTRE 9 Y 10 HORAS	6	2,55%	3	1,28%	9	3,83%
ENTRE 11 Y 12 HORAS	4	1,70%	8	3,40%	12	5,11%
ENTR 13 Y 24 HORAS	9	3,83%	9	3,83%	18	7,66%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	6	2,55%	5	2,13%	11	4,68%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX POR ANTIBIOTICOTERAPIA	5	2,13%	6	2,55%	11	4,68%
TOTAL	139	59,15%	96	40,85%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 27

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 27

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el sexo masculino tiene el mayor porcentaje (59,15%) y el 14,89% esperó entre 3 y 4 horas desde su ingreso hasta la cirugía.

TABLA N. 28

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

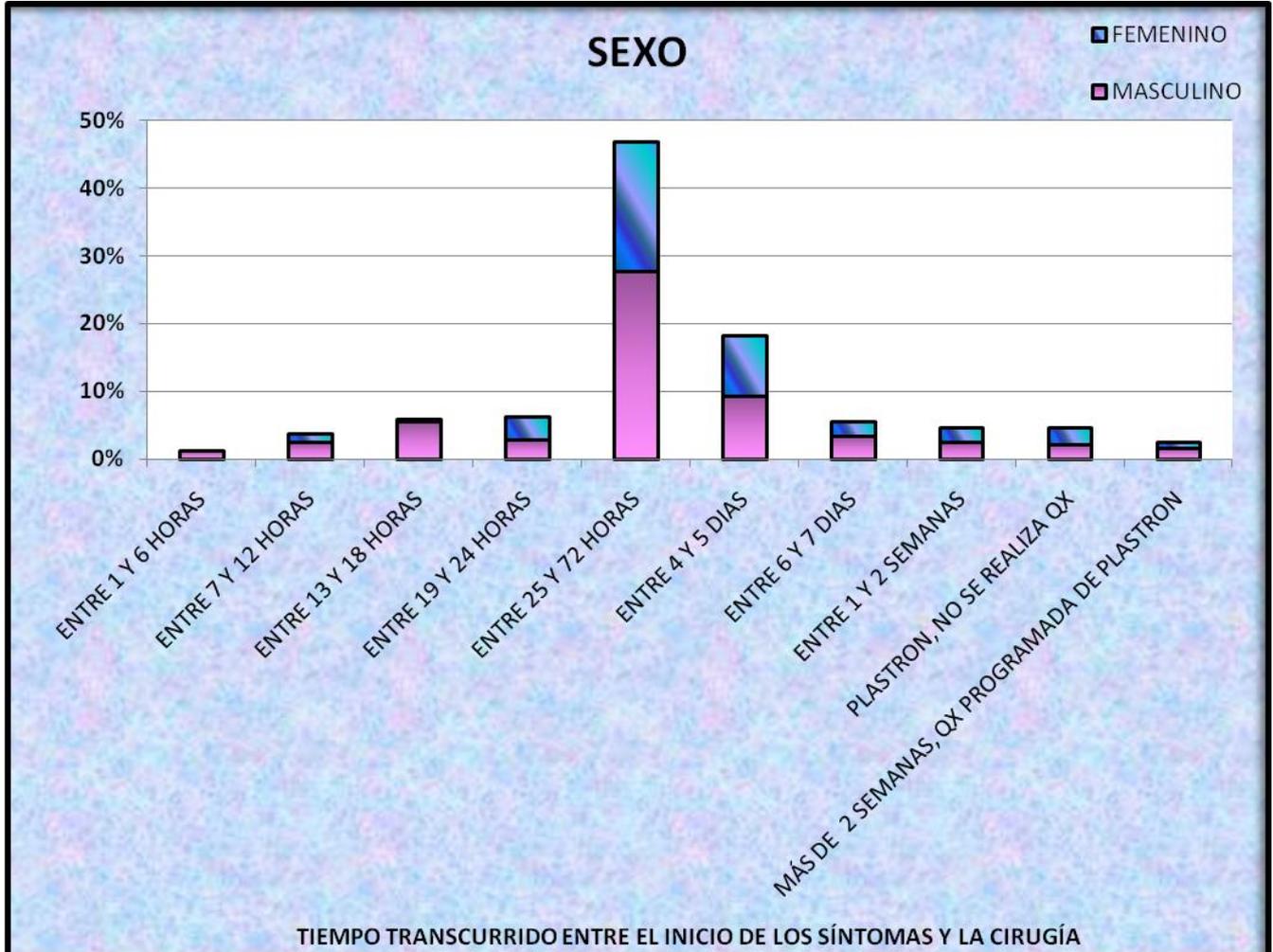
	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
ENTRE 1 Y 6 HORAS	3	1,28%	0	0,00%	3	1,28%
ENTRE 7 Y 12 HORAS	6	2,55%	3	1,28%	9	3,83%
ENTRE 13 Y 18 HORAS	13	5,53%	1	0,43%	14	5,96%
ENTRE 19 Y 24 HORAS	7	2,98%	8	3,40%	15	6,38%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	65	27,66%	45	19,15%	110	46,81%
ENTRE 4 Y 5 DIAS	22	9,36%	21	8,94%	43	18,30%
ENTRE 6 Y 7 DIAS	8	3,40%	5	2,13%	13	5,53%
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	6	2,55%	5	2,13%	11	4,68%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX	5	2,13%	6	2,55%	11	4,68%
MÁS DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA DE PLASTRON	4	1,70%	2	0,85%	6	2,55%
TOTAL	139	59,15%	96	40,85%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 28

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN SEXO Y TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 28

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el mayor porcentaje de pacientes esperó entre 25 y 72 horas entre que se iniciaron sus síntomas y la cirugía y dentro de este grupo es mayor el porcentaje de los pacientes del sexo masculino con el 27% mientras que el femenino tiene el 19%, en todo el resto del grupo se mantiene la tendencia de un mayor porcentaje del masculino sobre el femenino.

TABLA N. 29

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA AUTOMEDICACIÓN Y LAS COMPLICACIONES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

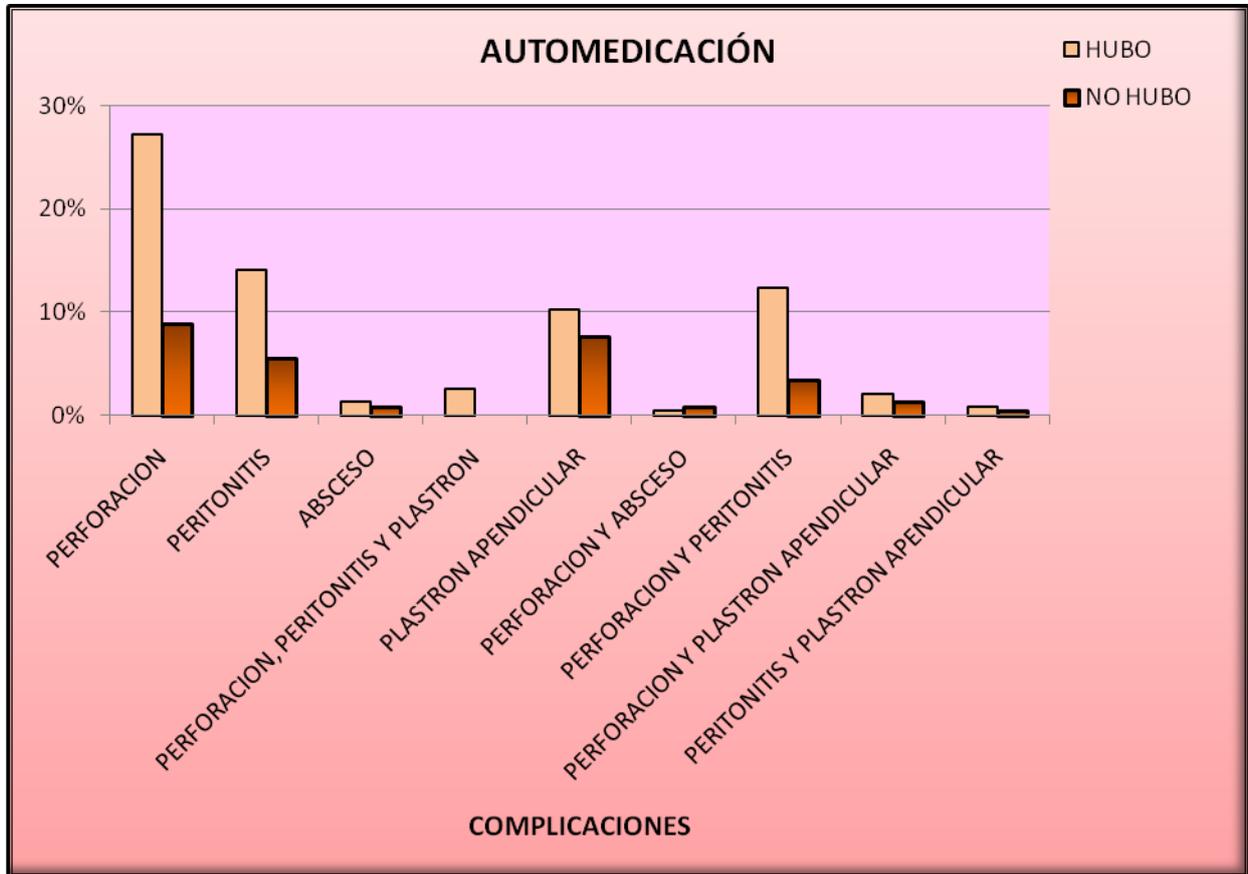
	AUTOMEDICACIÓN					
	HUBO		NO HUBO		TOTAL	
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
PERFORACION	64	27,23%	21	8,94%	85	36,17%
PERITONITIS	33	14,04%	13	5,53%	46	19,57%
ABSCESO	3	1,28%	2	0,85%	5	2,13%
PERFORACION, PERITONITIS Y PLASTRON	6	2,55%	0	0,00%	6	2,55%
PLASTRON APENDICULAR	24	10,21%	18	7,66%	42	17,87%
PERFORACION Y ABSCESO	1	0,43%	2	0,85%	3	1,28%
PERFORACION Y PERITONITIS	29	12,34%	8	3,40%	37	15,74%
PERFORACION Y PLASTRON APENDICULAR	5	2,13%	3	1,28%	8	3,40%
PERITONITIS Y PLASTRON APENDICULAR	2	0,85%	1	0,43%	3	1,28%
TOTAL	167	71,06%	68	28,94%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 29

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA AUTOMEDICACIÓN Y LAS COMPLICACIONES, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 29

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, como principal complicación es la perforación con el 36,17% y de ellos el 27,23% tuvieron automedicación. En todos los demás grupos es mayor el porcentaje de pacientes con automedicación.

TABLA N. 30

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO AL HOSPITAL, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

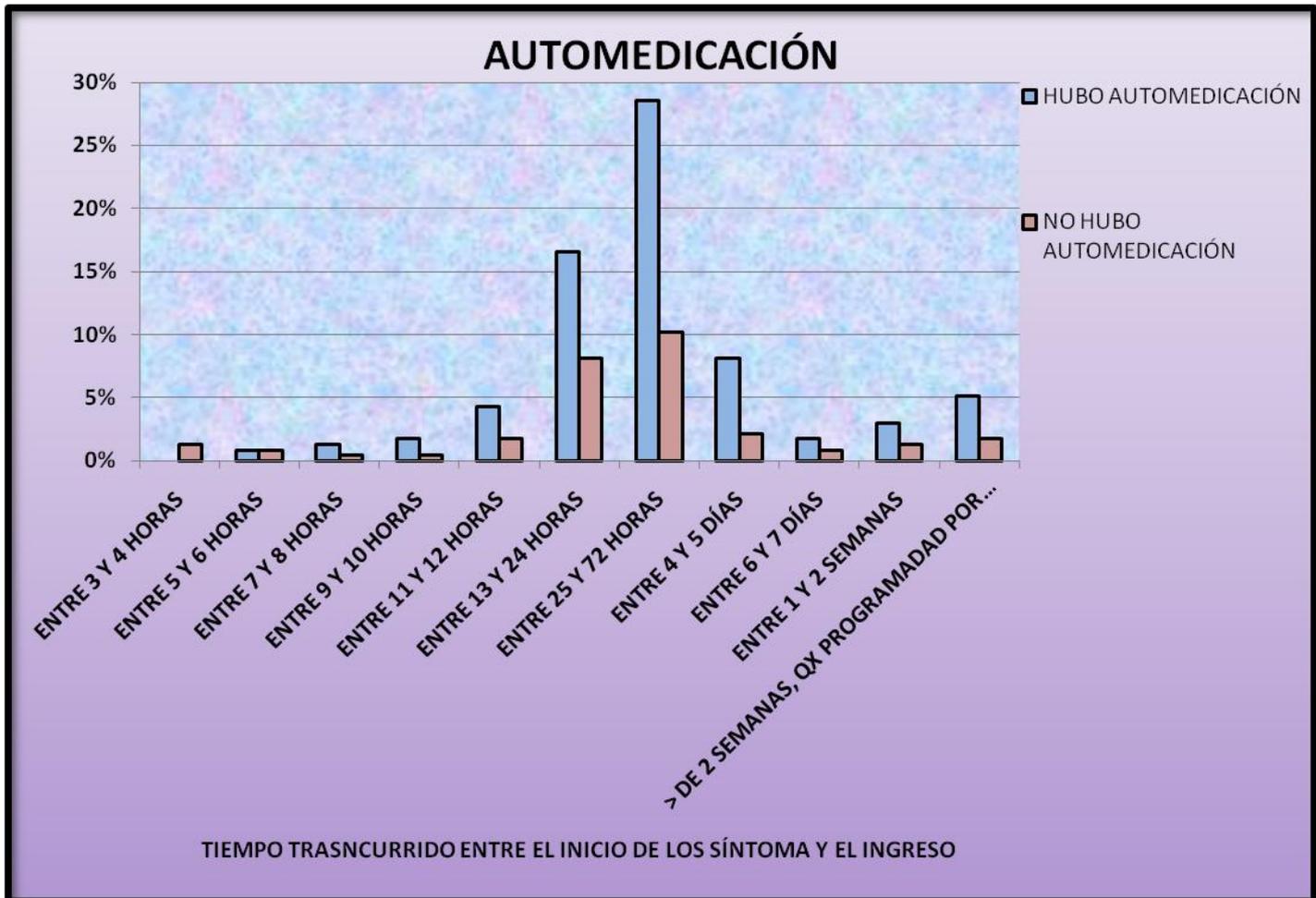
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO	AUTOMEDICACIÓN					
	HUBO AUTOMEDICACIÓN		NO HUBO AUTOMEDICACIÓN		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	0	0,00%	3	1,28%	3	1,28%
ENTRE 5 Y 6 HORAS	2	0,85%	2	0,85%	4	1,70%
ENTRE 7 Y 8 HORAS	3	1,28%	1	0,43%	4	1,70%
ENTRE 9 Y 10 HORAS	4	1,70%	1	0,43%	5	2,13%
ENTRE 11 Y 12 HORAS	10	4,26%	4	1,70%	14	5,96%
ENTRE 13 Y 24 HORAS	39	16,60%	19	8,09%	58	24,68%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	67	28,51%	24	10,21%	91	38,72%
ENTRE 4 Y 5 DÍAS	19	8,09%	5	2,13%	24	10,21%
ENTRE 6 Y 7 DÍAS	4	1,70%	2	0,85%	6	2,55%
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	7	2,98%	3	1,28%	10	4,26%
> DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADAD POR PLASTRON	12	5,11%	4	1,70%	16	6,81%
TOTAL	167	71,06%	68	28,94%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 30

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO AL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 30

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el 71% de pacientes se automedicaron y el 28,51% esperó entre 25 y 72 horas desde que iniciaron sus síntomas hasta que ingresaron al hospital.

TABLA N. 31

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO AL HOSPITAL Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

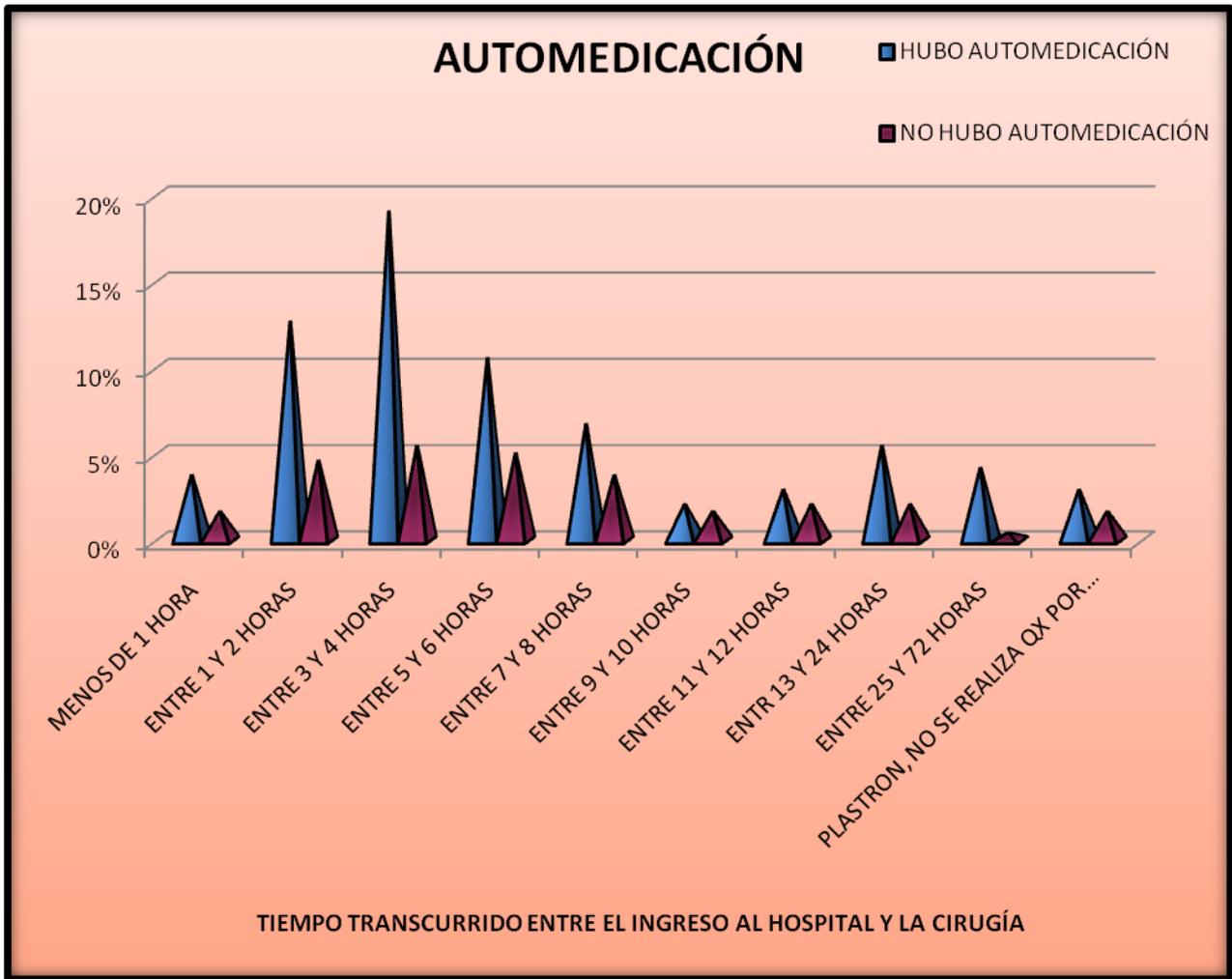
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO AL HOSPITAL Y LA CIRUGÍA	AUTOMEDICACIÓN					
	HUBO AUTOMEDICACIÓN		NO HUBO AUTOMEDICACIÓN		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
MENOS DE 1 HORA	9	3,83%	4	1,70%	13	5,53%
ENTRE 1 Y 2 HORAS	30	12,77%	11	4,68%	41	17,45%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	45	19,15%	13	5,53%	58	24,68%
ENTRE 5 Y 6 HORAS	25	10,64%	12	5,11%	37	15,74%
ENTRE 7 Y 8 HORAS	16	6,81%	9	3,83%	25	10,64%
ENTRE 9 Y 10 HORAS	5	2,13%	4	1,70%	9	3,83%
ENTRE 11 Y 12 HORAS	7	2,98%	5	2,13%	12	5,11%
ENTR 13 Y 24 HORAS	13	5,53%	5	2,13%	18	7,66%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	10	4,26%	1	0,43%	11	4,68%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX POR ANTIBIOTICOTERAPIA	7	2,98%	4	1,70%	11	4,68%
TOTAL	167	71,06%	68	28,94%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 31

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO AL HOSPITAL Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 31

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el 71% de pacientes se automedicaron y el mayor porcentaje de pacientes (19,15%) esperó entre 3 y 4 horas desde que ingresó al hospital hasta la cirugía.

TABLA N. 32

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

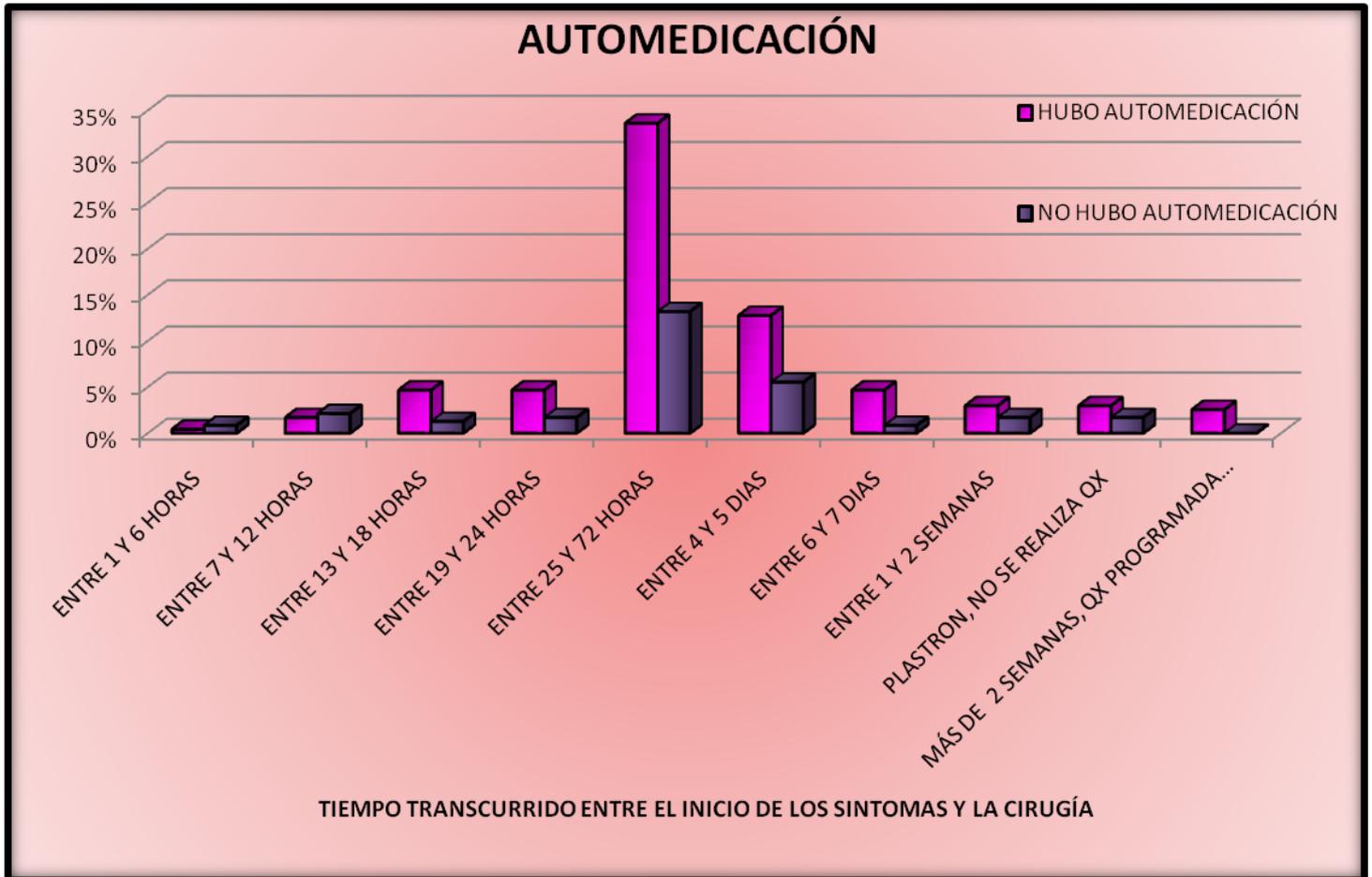
TIEMPO ENTRE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA	AUTOMEDICACIÓN					
	HUBO AUTOMEDICACIÓN		NO HUBO AUTOMEDICACIÓN		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	%
ENTRE 1 Y 6 HORAS	1	0,43%	2	0,85%	3	1,28%
ENTRE 7 Y 12 HORAS	4	1,70%	5	2,13%	9	3,83%
ENTRE 13 Y 18 HORAS	11	4,68%	3	1,28%	14	5,96%
ENTRE 19 Y 24 HORAS	11	4,68%	4	1,70%	15	6,38%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	79	33,62%	31	13,19%	110	46,81%
ENTRE 4 Y 5 DIAS	30	12,77%	13	5,53%	43	18,30%
ENTRE 6 Y 7 DIAS	11	4,68%	2	0,85%	13	5,53%
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	7	2,98%	4	1,70%	11	4,68%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX	7	2,98%	4	1,70%	11	4,68%
MÁS DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA DE PLASTRON	6	2,55%	0	0,00%	6	2,55%
TOTAL	167	71,06%	68	28,94%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 32

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 32

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, el 71% de pacientes se automedicaron y el mayor porcentaje de pacientes (33,62%) esperó entre 25 y 72 horas desde que iniciaron sus síntomas hasta la cirugía.



TABLA N. 33

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA, SEGÚN LAS COMPLICACIONES Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

TIEMPO SINTOMAS Y INGRESO	COMPLICACIONES																			
	PERFORACION		PERITONITIS		ABSCESO		PERFORACIÓN, PERITONITIS Y PLASTRON		PLASTRON APENDICULAR		PERFORACIÓN Y ABSCESO		PERFORACIÓN Y PERITONITIS		PERFORACIÓN Y PLASTRON		PERITONITIS Y PLASTRON		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,28
ENTRE 5 Y 6 HORAS	4	1,70%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	1,70
ENTRE 7 Y 8 HORAS	2	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	4	1,70
ENTRE 9 Y 10 HORAS	3	1,28%	2	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	2,13
ENTRE 11 Y 12 HORAS	6	2,55%	3	1,28%	1	0,43%	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	14	5,96
ENTRE 13 Y 24 HORAS	21	8,94%	15	6,38%	2	0,85%	2	0,85%	5	2,13%	1	0,43%	10	4,26%	1	0,43%	1	0,43%	58	24,68
ENTRE 25 Y 72 HORAS	39	16,60%	15	6,38%	1	0,43%	2	0,85%	12	5,11%	0	0,00%	16	6,81%	5	2,13%	1	0,43%	91	38,72
ENTRE 4 Y 5 DÍAS	6	2,55%	8	3,40%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,28%	0	0,00%	6	2,55%	0	0,00%	1	0,43%	24	10,21
ENTRE 6 Y 7 DÍAS	3	1,28%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	6	2,55
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	2	0,85%	3	1,28%	1	0,43%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	10	4,26
> DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA POR PLASTRON	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	16	6,81%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	16	6,81
TOTAL	85	36,17%	46	19,57%	5	2,13%	6	2,55%	42	17,87%	3	1,28%	37	15,74%	8	3,40%	3	1,28%	235	100%

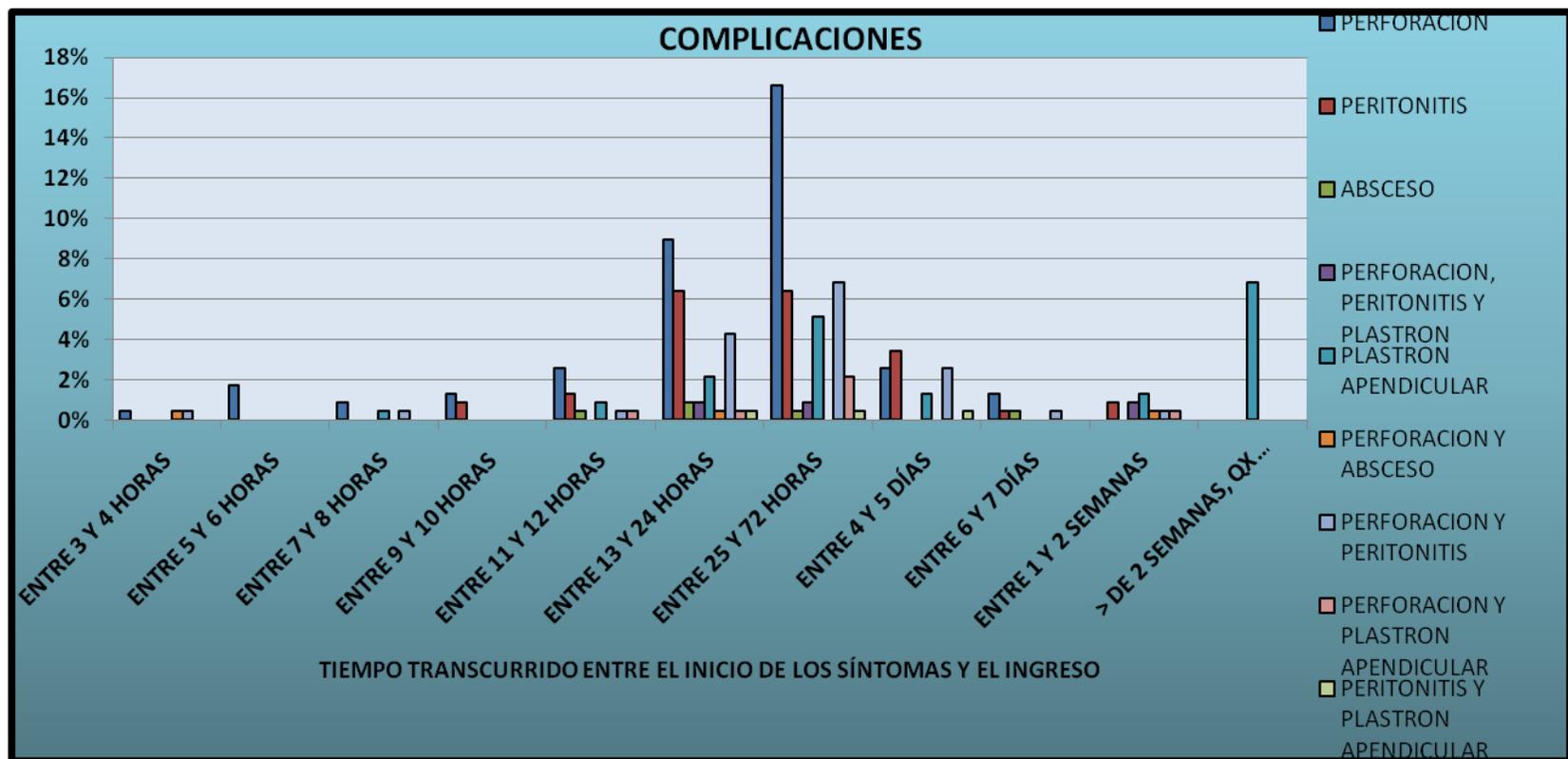
FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 33

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LAS COMPLICACIONES Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y EL INGRESO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 33

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, la complicación más frecuente fue la perforación con el 36,17% y entre 25 y 72 horas es el tiempo con el mayor porcentaje (16,60%) que los pacientes esperaron entre el inicio de sus síntoma y el ingreso al hospital.

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López



TABLA N. 34

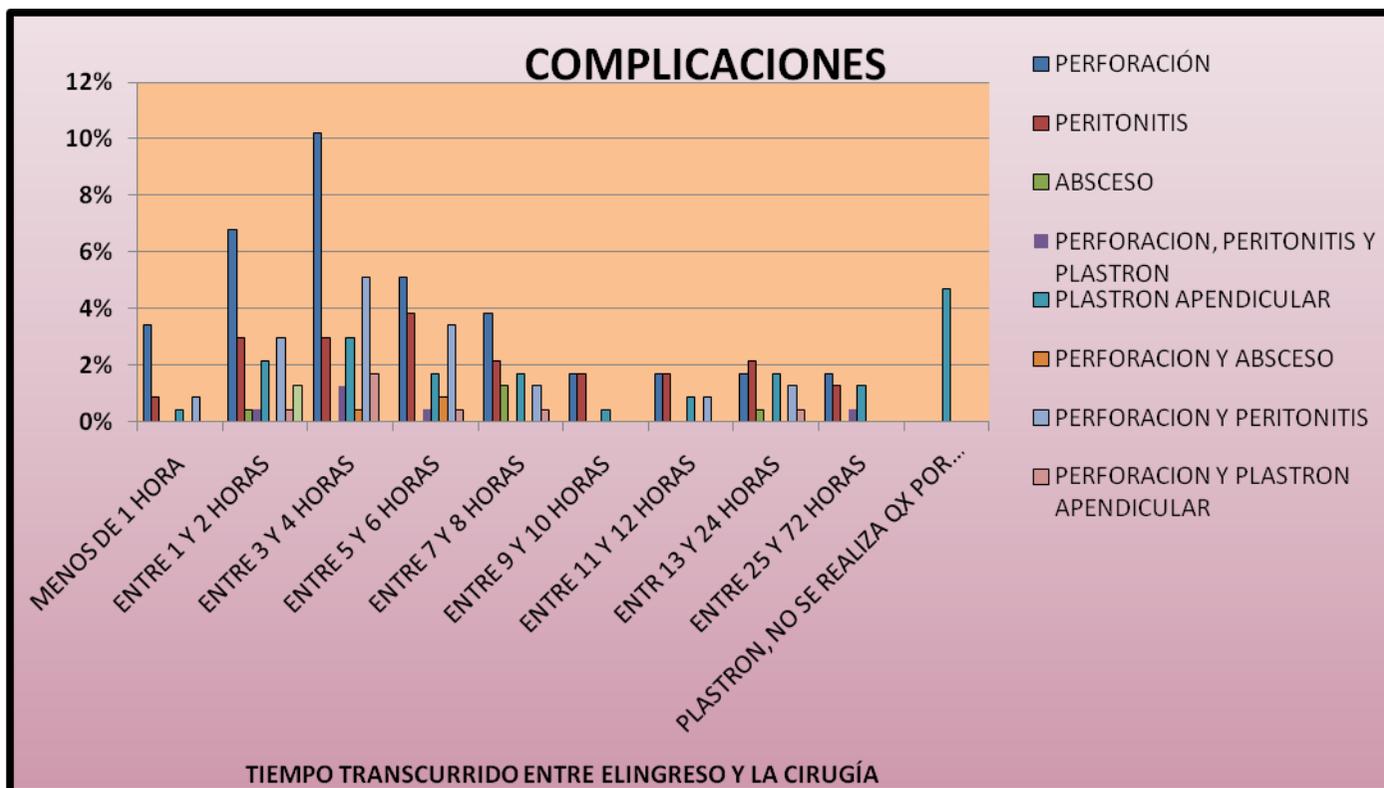
DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LAS COMPLICACIONES Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

TIEMPO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA	COMPLICACIONES																			
	PERFORACION		PERITONITIS		ABSCESO		PERFORACIÓN, PERITONITIS Y PLASTRON		PLASTRON		PERFORACIÓN Y ABSCESO		PERFORACIÓN Y PERITONITIS		PERFORACIÓN Y PLASTRON		PERITONITIS Y PLASTRON		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
MENOS DE 1 HORA	8	3,40%	2	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	13	5,53%
ENTRE 1 Y 2 HORAS	16	6,81%	7	2,98%	1	0,43%	1	0,43%	5	2,13%	0	0,00%	7	2,98%	1	0,43%	3	1,28%	41	17,45
ENTRE 3 Y 4 HORAS	24	10,21%	7	2,98%	0	0,00%	3	1,28%	7	2,98%	1	0,43%	12	5,11%	4	1,70%	0	0,00%	58	24,68
ENTRE 5 Y 6 HORAS	12	5,11%	9	3,83%	0	0,00%	1	0,43%	4	1,70%	2	0,85%	8	3,40%	1	0,43%	0	0,00%	37	15,74
ENTRE 7 Y 8 HORAS	9	3,83%	5	2,13%	3	1,28%	0	0,00%	4	1,70%	0	0,00%	3	1,28%	1	0,43%	0	0,00%	25	10,64
ENTRE 9 Y 10 HORAS	4	1,70%	4	1,70%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	9	3,83%
ENTRE 11 Y 12 HORAS	4	1,70%	4	1,70%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	12	5,11%
ENTR 13 Y 24 HORAS	4	1,70%	5	2,13%	1	0,43%	0	0,00%	4	1,70%	0	0,00%	3	1,28%	1	0,43%	0	0,00%	18	7,66%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	4	1,70%	3	1,28%	0	0,00%	1	0,43%	3	1,28%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	11	4,68%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX ANTIBIOTICOTE RAPIA	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	11	4,68%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	11	4,68%
TOTAL	85	36,17%	46	19,57%	5	2,13%	6	2,55%	42	17,87%	3	1,28%	37	15,74%	8	3,40%	3	1,28%	235	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 34

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LAS COMPLICACIONES Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 34

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, la complicación más frecuente fue la perforación (36,17%) y 10,21% esperó entre 3 y 4 horas desde que ingresó al hospital hasta la cirugía.



TABLA N. 35

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LAS COMPLICACIONES Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

TIEMPO: SINTOMAS Y CIRUGIA	COMPLICACIONES																			
	PERFORACIÓN		PERITONITIS		ABSCESO		PERFORACIÓN, PERITONITIS Y PLASTRON		PLASTRON		PERFORACIÓN Y ABSCESO		PERFORACIÓN Y PERITONITIS		PERFORACIÓN Y PLASTRON		PERITONITIS Y PLASTRON		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
ENTRE 1 Y 6 HORAS	2	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,28%
ENTRE 7 Y 12 HORAS	6	2,55%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	9	3,83%
ENTRE 13 Y 18 HORAS	5	2,13%	4	1,70%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	2	0,85%	1	0,43%	0	0,00%	14	5,96%
ENTRE 19 Y 24 HORAS	7	2,98%	4	1,70%	1	0,43%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,43%	1	0,43%	1	0,43%	15	6,38%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	48	20,43%	19	8,09%	3	1,28%	3	1,28%	13	5,53%	1	0,43%	19	8,09%	4	1,70%	0	0,00%	110	46,81%
ENTRE 4 Y 5 DIAS	12	5,11%	12	5,11%	0	0,00%	1	0,43%	6	2,55%	0	0,00%	9	3,83%	1	0,43%	2	0,85%	43	18,30%
ENTRE 6 Y 7 DIAS	4	1,70%	4	1,70%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,85%	0	0,00%	3	1,28%	0	0,00%	0	0,00%	13	5,53%
ENTRE 1 Y 2 SEMANAS	1	0,43%	2	0,85%	1	0,43%	2	0,85%	2	0,85%	1	0,43%	1	0,43%	1	0,43%	0	0,00%	11	4,68%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	11	4,68%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	11	4,68%
MÁS DE 2 SEMANAS, QX PROGRAMADA DE PLASTRON	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	2,55%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	2,55%
TOTAL	85	36,17%	46	19,57%	5	2,13%	6	2,55%	42	17,87%	3	1,28%	37	15,74%	8	3,40%	3	1,28%	235	100%

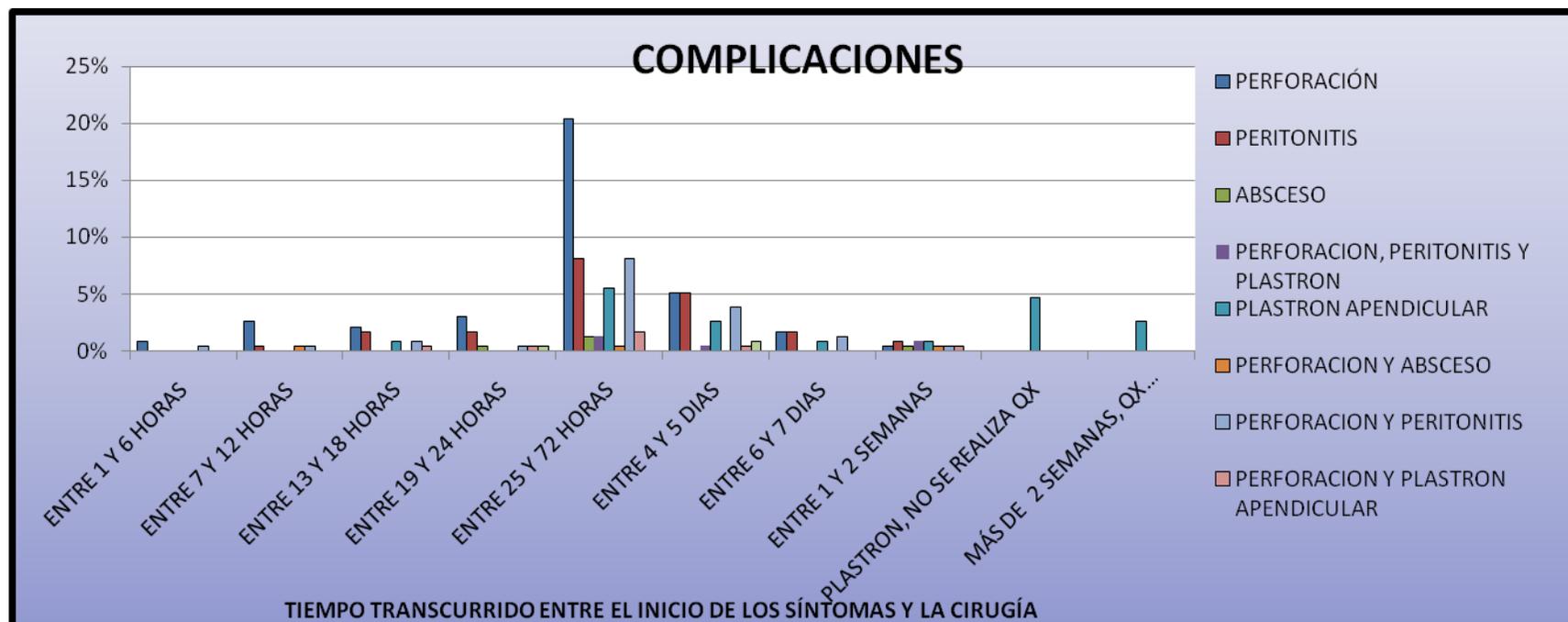
FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

Autoras: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 35

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LAS COMPLICACIONES Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 35

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan Apendicitis Aguda Complicada, la complicación más frecuente fue la perforación (36,17%) y 20,43% esperó entre 25 Y 72 horas desde que iniciaron los síntomas hasta la cirugía.

TABLA N.36

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN LA COMPLICACIÓN MAS FRECUENTE Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.

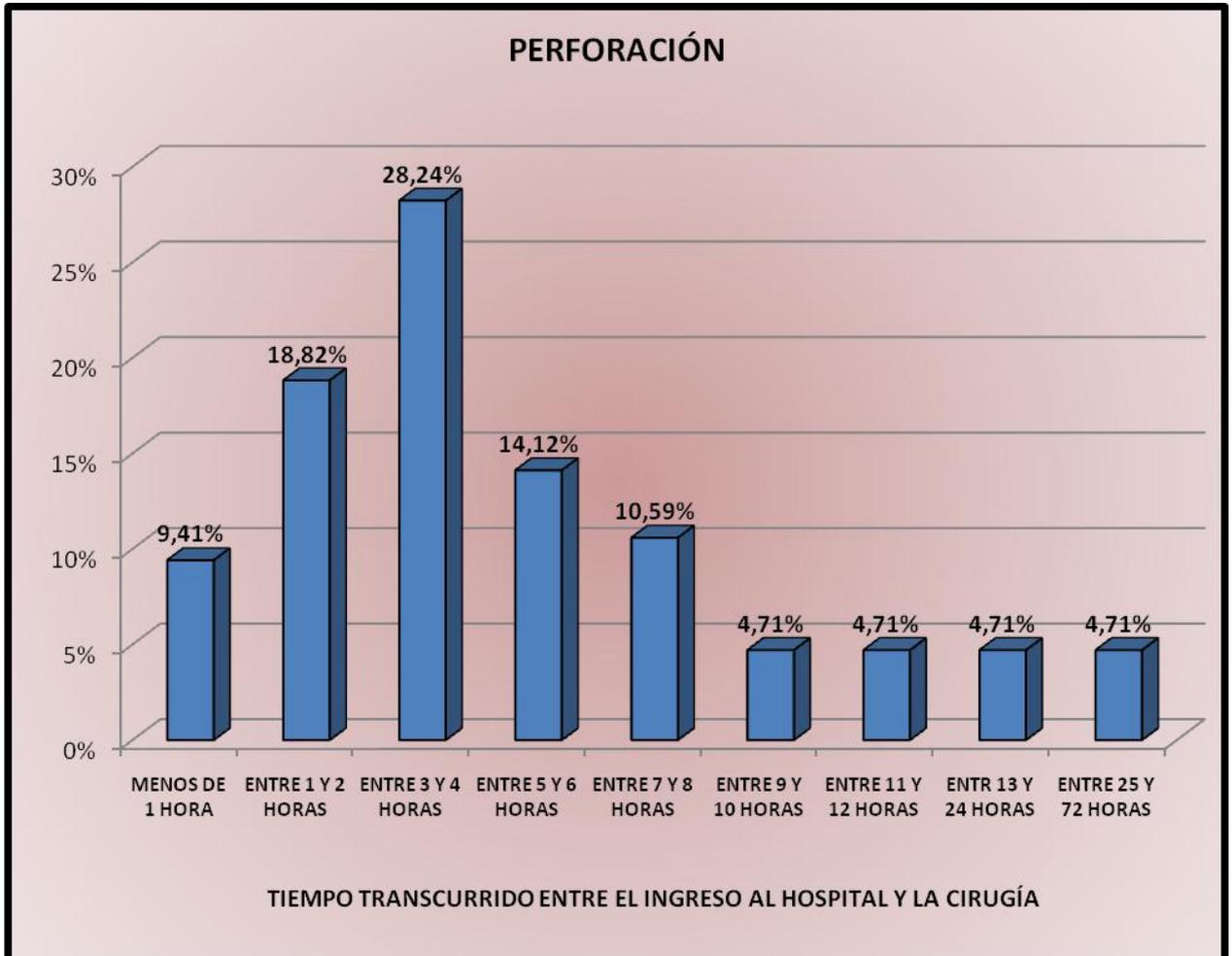
TIEMPO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGÍA	PERFORACIÓN	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 1 HORA	8	9,41%
ENTRE 1 Y 2 HORAS	16	18,82%
ENTRE 3 Y 4 HORAS	24	28,24%
ENTRE 5 Y 6 HORAS	12	14,12%
ENTRE 7 Y 8 HORAS	9	10,59%
ENTRE 9 Y 10 HORAS	4	4,71%
ENTRE 11 Y 12 HORAS	4	4,71%
ENTR 13 Y 24 HORAS	4	4,71%
ENTRE 25 Y 72 HORAS	4	4,71%
PLASTRON, NO SE REALIZA QX POR ANTIBIOTICOTERAPIA	0	0,00%
TOTAL	85	100%

FUENTE: Formularios para la recolección de datos

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

GRÁFICO N. 36

DISTRIBUCIÓN DE 235 PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, SEGÚN AUTOMEDICACIÓN Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS SÍNTOMAS Y LA CIRUGÍA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2006, 2007 Y 2008.



FUENTE: TABLA N. 36

ELABORADO POR: Paulina Maldonado y Ruth López

INTERPRETACIÓN: tabla y el gráfico muestran que de todos los pacientes que presentan la perforación como principal complicación de la Apendicitis Aguda, el mayor porcentaje (28,24%) esperó entre 3 y 4 horas entre el ingreso al hospital y la cirugía.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Desde 1886 cuando Reginald Fitz describió el cuadro clínico típico de la apendicitis y su tratamiento quirúrgico, la apendicitis se ha convertido en la patología abdominal más común para el cirujano general. Sin embargo, sigue siendo un reto para el cirujano y su detección temprana continúa siendo la medida terapéutica más acertada para disminuir la morbimortalidad. (1,24,6,)

No obstante, Velanovich. Reportó en su estudio que los casos de periapendicitis en hombres, el 90% estaba relacionada con un cuadro de apendicitis subyacente, mientras que en las mujeres menores de 50 años solamente el 10% se relacionaban con apendicitis, y debía buscarse otra causa del dolor. (4)

En nuestro estudio se ha aceptado que la edad más frecuente constituye entre 11-20 con un porcentaje de 28.51%.

Previamente otros autores, han reportado una tasa de apendicitis perforada en mayores de 50 años, de 49-57% contra 10 30% en los menores de esta edad. En nuestro estudio la complicación más frecuente constituye la



peritonitis en los grupos de edades comprendida entre los 50-60 años. Este hallazgo favorece la conducta quirúrgica agresiva en los pacientes de mayor edad con sospecha de apendicitis.

El porcentaje de pacientes masculinos fue de 59.15%, similar a otros estudios.

La presencia de algunas condiciones así como la procedencia, constituyendo mayor porcentaje de apendicitis complicadas a nivel del sector urbano con un 53.19%.

Podemos decir que la automedicación constituye un factor de riesgo importante pues se obtuvo un porcentaje de 71.06%. La edad más frecuente de los pacientes con automedicación fue de 11-20 con un porcentaje de 19.7%. Del 71% de pacientes automedicados el 39.15% pertenecieron al sector urbano, y el 27.23% presentaron perforación como complicación, ubicándose en segundo lugar la peritonitis con un porcentaje 14.04%.

El tiempo de evolución ha sido demostrado como el factor más influyente en la presentación de apendicitis complicada. Debido al retraso en la atención, la enfermedad sigue su curso natural por etapas, como se ha descrito, hasta llegar a la perforación con la subsiguiente producción de peritonitis, absceso o plastrón apendicular.



En nuestros pacientes el tiempo promedio de evolución determinado desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta fue 25-72horas, representando un porcentaje de 38.72% de todos los pacientes con apendicitis aguda complicada, mucho mayor que en otras series y una cuarta parte de los pacientes consultaron entre la 13-24 horas.

Debido a este efecto, se crea un retraso en la atención que aumenta el tiempo de evolución; además, que dentro de la institución, dado la poca claridad del cuadro en los pacientes de mayor edad y con otras enfermedades pueden ser sometidos a una observación clínica más prolongada, así pues, el promedio de espera para la cirugía, una vez que el paciente llega al Hospital, es entre 3-4 horas con el 24.68%

De esta manera diremos que casi de la mitad de pacientes son operados en un tiempo promedio 25-72 horas desde que inician los síntomas con un porcentaje de 46.81%

Así, la tasa de perforación en la serie del estudio prospectivo de Temple, en que se revisaron los reportes quirúrgicos y patológicos de pacientes sometidos a apendicectomía era de 15%; Yataco encuentra una frecuencia de perforación de 25.4%; mientras que Villacorta describe una frecuencia de perforación de 9.7%. En el



presente estudio se encontró una frecuencia de perforación del 36.17%%, mucho más elevada que las mencionadas anteriormente, que puede ser explicado por lo mencionado líneas arriba.

De otro lado, existen diversos estudios que señalan que los factores relacionados al paciente son el componente crítico que influencia la perforación del apéndice. Temple encontró que los pacientes con apéndice perforado esperan entre 25-72 horas, con un porcentaje de 16.59%.

Yataco encuentra en su trabajo que el 46.4% de los pacientes con una duración de síntomas mayor a 48 horas, recibieron atención previa, que el promedio de espera para sala era de 5 horas y que el 75.9 % de las apendicitis perforadas fueron operadas dentro de las primeras 6 horas después de su admisión, no hallando asociación tampoco entre tiempo de espera y complicaciones post operatorias. En el presente trabajo se concluyó que el 28.24% de la apendicitis perforadas esperaron entre 3-4 horas para ser operadas

En el estudio de Von Titte se investigó sobre las razones que señalaban los pacientes como causa de su demora para buscar ayuda en servicios de salud; la más común es que ellos restaban importancia a sus síntomas y preferían esperar una mejoría.



En nuestro estudio se encontró que el 53.19% de procedencia urbana el 21.28% presentó como complicación la perforación.

En el presente trabajo no se incidió en las razones del paciente que condicionaron su demora, pero se encuentra que los factores más importantes que determinaron esta demora fue el mismo hecho que el paciente se retrasa en buscar ayuda (47%); mientras que entre las atribuidas a los servicios de salud se encontró la dificultad geográfica de esta región.

Finalmente la clínica del paciente, es la que define la necesidad de la intervención quirúrgica, por lo tanto tal como ha ocurrido con otras famosas presentaciones clásicas y tríadas diagnósticas, la evidencia no logra demostrar que estas manifestaciones sean patognomónicas de una entidad.

En este caso el hecho de no presentar la sintomatología clásica, no excluye la probabilidad diagnóstica de apendicitis.



CAPÍTULO VII

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

Existen múltiples factores que constituyen causa para la complicación de una apendicitis aguda en todos los pacientes atendidos en todos los servicios del Hospital Vicente Corral Moscoso

1.-El tiempo de evolución ha sido demostrado como el factor más influyente en la presentación de apendicitis complicada. Debido al retraso en la atención, la enfermedad sigue su curso natural por etapas, como se ha descrito, hasta llegar a la perforación con la subsiguiente producción de peritonitis, absceso o plastrón apendicular.

En nuestros pacientes el tiempo promedio de evolución determinado desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta fue de 25-72horas, mucho mayor que en otras series y una quinta parte de los pacientes consultaron después entre 19-24 horas, lo que explica la alta tasa de apendicitis complicadas

Este retraso puede ser secundario al nivel de complejidad del hospital. Debido a este efecto, se crea un retraso en la atención que aumenta el tiempo de evolución; además, que



dentro de la institución, dado la poca claridad del cuadro en los pacientes de mayor edad y con otras enfermedades pueden ser sometidos a una observación clínica más prolongada.

2.-La presencia de algunas condiciones así como la procedencia, la automedicación o falta de conocimiento de la naturaleza de la enfermedad son factores que dificultan o retrasan el diagnóstico de apendicitis debido a que los signos y síntomas clásicos, suelen ser enmascarados porque estas condiciones producen algún grado de inmunosupresión que hace a los pacientes menos sintomáticos.

3.-El tiempo de enfermedad prolongada al momento del ingreso al hospital y la demora innecesaria en la programación para la cirugía por falta de disponibilidad de sala de quirófano, set de cirugía y anestésicos constituyen factores importantes y terminantes para la complicación de las apendicitis agudas.

4.-La operación practicada precozmente mejora el pronóstico del paciente.

7.2. Recomendaciones

1.-Todos los pacientes que llegan al hospital por dolor abdominal deben ser evaluados por el cirujano de guardia y



cuando se tenga el diagnóstico de apendicitis aguda procurar proceder con la intervención a la brevedad posible.

2.-Dar importancia y ser muy delicados en la elaboración de las historias clínicas siguiendo una guía para mejorar la detección o diagnóstico oportuno y con ello su tratamiento quirúrgico.

3.-Debe considerarse que todo paciente que llega a la emergencia con dolor abdominal debe ser sospechoso de apendicitis aguda mientras no se demuestre lo contrario.

4.-Debe procurarse mejorar la parte del sistema de cobros por distintos derechos y materiales en pagaduría por paquetes quirúrgicos establecidos y la ayuda social del servicio de emergencia debe cumplir su verdadero rol en caso que el paciente requiera

5.-Se debe continuar con la oportunidad quirúrgica de los médicos residentes e internos.



ANEXOS



ANEXO N° 1

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

UNIVERSIDAD DE CUENCA

“Factores de riesgo en apendicitis aguda complicada”

1. Historia clínica
2. servicio
3. Edad
4. Sexo M F
5. Ubicación geográfica Urbano Rural
6. Diagnóstico de ingreso
7. Diagnostico final
8. Error en el diagnostico inicial SI NO
9. Hora de inicio de los síntomas
10. Hora ingreso al hospital



11. cirugía SI NO

12. Hora de inicio de la

13. Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la iniciación de la cirugía

14. Automedicación SI NO

15. Complicaciones:

• perforación SI NO

• peritonitis SI NO

• Absceso SI NO

• Pileflebitis SI NO

• Plastrón apendicular SI NO



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. “Apendicitis Aguda”, Dr. Francisco Parodi Zambrano.
Disponible en:
http://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/3/apendicitis_aguda.htm. Accedido el 07/01/2010.
2. Semiología y patología quirúrgica, Apendicitis Aguda.
Dr. Héctor E. Cantele P., Dr. Juan Carlos Nuñez, Cap.
25, pag. 279.
3. “Apendicitis Aguda”, Cirugía General, Drs. Pedro Wong Pujada, Pedro Morón Antonio, Carlos Espino Vega, Jaime Arévalo Torres, Raúl Villaseca Carrasco.
Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm.
Accedido el 07/01/2010.
4. “Factores relacionados con la apendicitis aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en emergencia del HNAL un enfoque basado en la evidencia 2003”, HERNÁN ARCANA MAMANI, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú, 2004. Disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/arcana_mh/html/index.html. Accedido el 07/01/2010.



5. “Apendicitis”, Winkipedia,La Enciclopedia Libre, modificada por última vez el 16:58, 6 ene 2010. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Apendicitis>. Accedido el 07/01/2010.
6. “Apendicitis aguda”,Galeno 21, Emergencias y Guías. Disponible en: <http://www.galeno21.com/PROTOCOLOS%20DE%20MANEJO%20DE%20EMERGENCIAS/POR%20DIAGNOSTICO/CIRUGIA/APENDICITIS%20AGUDA/ARTICULO.htm>. Accedido el 07/01/2010.
7. “Apendicitis”, Dra. Medina,16-05-2009 08:13<http://ec.globedia.com/apendicitis>. Disponible en: [//ec.globedia.com/apendicitis](http://ec.globedia.com/apendicitis). Accedido el 07/01/2010.
8. <http://www.inec.gov.ec>
9. “Apendicitis aguda complicada en pacientes diabéticos-Riesgo de perforación”, Modificada: 20/Agosto/08. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=54541>. Accedido el 07/01/2010.
10. “Apendicitis Aguda-¿una nueva entidad clínica?”. Francisco Díaz de León Fernández de Castro, Enma Santos Coy Rosas, Hipólito Santiago Cruz, Alejandro Jiménez Cárdenas. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000602.pdf>



11. “Apendicitis aguda complicada. El valor diagnóstico”, Suárez, Roberto; Blanco, Roberto; Sánchez, Patricio; Mier, Juan; Castillo, Armando; Robledo, Felipe; Romero, Teodoro; Niño, Javier., mayo-jun. 1997. tab., bvs. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?I sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang =p&nextAction=lnk&exprSearch=217410&indexSearch =ID#refine>. Accedido el 07/01/2010.
12. “Apendicitis”, Dr. Morán, Profesor Cirugía Pediátrica. Disponible en:
<http://www.infodoctor.org/www/apendicitis.htm>.
Accedido el 07/01/2010.
13. SIGNOS CLÍNICOS EN LA APENDICITIS AGUDA. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/signos.pdf>.
Accedido el 07/01/2010
14. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico de Apendicitis Aguda, División de Excelencia Clínica, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE. Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/32979A52-B7EE-47A0-875E->



EB17527EAC81/0/GPCApendingitisAguda.pdf.

Accedido el 07/01/2010.

15. APENDICITIS AGUDA, INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDECINE, EDUARDO PORTER CANO, M.D. Pachuca, HGO, México. Disponible en:
<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Apendicitis.pdf>.
Accedido el 07/01/2010.
16. Apendicitis, monográfico. Disponible en:
<http://www.saludlandia.com/images/docs/APENDICITI S.pdf>. Accedido el 07/01/2010.
17. COMPORTAMIENTO CLINICO DE LA APENDICITIS AGUDA GANGRENOSA Y CIERRE PRIMARIO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL H.E.O.D.R.A, LEON. AGOSTO 2000- JULIO 2003. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA. Facultad de Ciencias Médica. Departamento de Cirugía. Disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/cirurgia_general/comporta_clinico_apendicitis.PDF.
Accedido el 07/01/2010
18. LAS APENDICITIS EN NUESTRO MEDIO: FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES, Adnan Srifi, Servicio de Pediatría



- del Complejo Hospitalario, Ourense. Disponible en:
<http://www.congresoaeop.org/2008/agenda/docs/16177.pdf>. Accedido el 07/01/2010
19. COMPLICACIONES DE LA APENDICITIS AGUDA. Diagnóstico y tratamiento. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/26._complic._apend.pdf. Accedido el 07/01/2010
20. Factores causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas entre 1995 y 2000. Cabrejos Pita, José Gabriel* ; Novoa Espejo, Aldo Rafael; Iyo Solar, Luis Fernando y Román Robles, Neill.*Médico - Cirujano. SERUMS - DISA Amazonas. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000100002. Accedido el 07/01/2010
21. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos, octava edición, Lawrence, way, MD, pag. 734.
22. LA APENDICITIS AGUDA, elportaldelasalud, Félix E. F. Larocca . Disponible en:
http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=475&Itemid=147. Accedido el 07/01/2010



23. APENDICITIS AGUDA, DR. CARLOS ALVAREZ, UNIDAD DE CIRUGIA, FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE.

Disponible en:

<http://www.mamut.net/homepages/Chile/1/17/usachcirugia/clase%20apendicitis.pdf>. Accedido el 07/01/2010

24. Apendicitis Aguda, Libro electrónico de Temas de Urgencia, Digestivas y Quirurgicas, Artajona

Rosino, Alicia; Blázquez Lautre, Lucas; Cobo Huici, Francisco. Disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/5.Digestivas%20y%20Quirurgicas/Apendicitis%20aguda.pdf>. Accedido el 07/01/2010

25. Factores causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital de Apoyo de

Chachapoyas entre 1995 y 2000. Revista Medica

Herediana v.12 n.1 Lima ene./mar. 2001. Cabrejos Pita, José Gabriel* ; Novoa Espejo, Aldo Rafael; Iyo

Solar, Luis Fernando y Román Robles, Neill**.

Disponible

en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000100002. Accedido el 07/01/2010.



26. Complicaciones de la apendicitis aguda, Diagnóstico y tratamiento, Quevedo Guanche Lázaro. Rev Cubana Cir 2007; 46(2). Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=48018&id_seccion=2394&id_ejemplar=4869&id_revista=57. Accedido el 07/01/2010.
27. SUROS, semiología médica y Técnica Exploratoria, 7ma edición, 1987.
28. APENDICITIS AGUDA, VALIDEZ DE LA PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA Y LA CITOLOGIA PERITONEAL EN SU DIAGNOSTICO, R. ASTUDILLO, MD; H. SACOTO, MD; J. GAETE, MED; F. VASQUEZ, MD.*Doctores, Rubén Astudillo Molina, Director y Profesor del Postgrado de Cirugía General; Hernán Sacoto Aguilar, R-III de Cirugía General; Jorge Gaete Iglesias, R-III de Cirugía General; Flavio Vásquez Guillén, R-III de Cirugía General, Universidad de Cuenca, Hosp. Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador. Disponible en: <http://encolombia.com/cirugia13498estudios-apendicitis.htm>. Accedido el 07/01/2010.



29. Revista del Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud, Volumen 3, D1, Diciembre 1988, Rubén Astudillo, Jhonny Astudillo.