

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Principales factores que influyen en las complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda, Hospital Nacional Hipolito Unanue enero - julio 2016.

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

Nuñez Valencia, Jonathan Alexander

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE LA TESIS

Dra. María Alba Rodríguez
ASESORA

Lima – Perú

2017

DATOS GENERALES

Título del proyecto

Principales factores que influyen en las complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda, hospital nacional Hipólito Unanue enero - julio 2016.

Autor

Jonathan Alexander Nuñez Valencia

Asesor

Dra. María Alba Rodríguez

Director de tesis

Dr. Jhony De La Cruz Vargas

Diseño General del estudio

Observacional Analítico, Retrospectivo

Departamento y Sección Académica

Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma

Lugar de Ejecución

Hospital Nacional Hipólito Unanue

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todos mis compañeros, doctores y personal que me acogió durante todo un año en el Hospital Hipólito Unanue, pues es ahí donde termine mi formación en mi último año como estudiante, fortaleciendo mis conocimientos y encontrando amigos que me apoyaron durante el año, futuros colegas que con la ayuda de dios cumplirán al igual que yo todas sus metas.

A mis padres por haberme apoyado durante estos 7 años de formación académica, siempre dándome la mano y levantándome cuando caía en algunos obstáculos que por más difícil que sea siempre pude superarlo con la ayuda de ustedes y las ganas de salir adelante.

A mis asesores por su tiempo y paciencia y dedicación que me prestaron durante el desarrollo de este trabajo.

DEDICATORIA

Primero a Dios por estar siempre a mi lado, cuidándome
e iluminándome para poder concluir satisfactoriamente
La investigación

A mis padres, por su paciencia y comprensión
y apoyo total durante toda mi vida universitaria.

A mi hermano por siempre mostrarme el camino
en base a su ejemplo y modelo a seguir.

RESUMEN

Introducción La apendicitis aguda es tal vez la causa más frecuente de abdomen quirúrgico en el mundo, por lo tanto es necesario un tratamiento oportuno a fin de evitar complicaciones tanto operatorias como post operatorias consiguiendo disminuir la morbimortalidad, la severidad de la enfermedad y la estancia hospitalaria del paciente lo que significa una disminución exponencial en los costos de la enfermedad para el paciente y la institución y por ultimo una rápida recuperación y pronta incorporación a su vida cotidiana

Objetivo General Identificar los factores que influyen en las complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda en hospital nacional Hipólito Unanue durante el periodo Enero-julio del 2016

Método y Metodología Se realizó un estudio de tipo Observacional, Analítico, transversal, retrospectivo con una metodología cuantitativa y con la aplicación de una ficha de recolección de datos en 208 pacientes.

Resultados El 50% presento apendicitis aguda complicada, hay una mayor incidencia del sexo masculino en generar apendicitis aguda complicada (68%) con un $p= 0.12$ (IC=95% 1.168-3,564), La media de la edad en la muestra es de 32,04 con un rango de 15-87 años, no hay relación significativa de la edad con apendicitis aguda complicada. La sintomatología más común es el dolor abdominal agudo con una incidencia del 100% de la muestra. La demora pre hospitalaria constituye un factor protector cuando se trata de una demora de 15- 48 horas presentado un $p=0,008$ (IC=95% 0,076-0,742) y un OR= 0,237.

La pre medicación si constituye un factor de riesgo para apendicitis aguda complicada con un $p=0,001$, OR de 3.933 (IC 95% 2.182-7.092). No existe relación entre la apendicitis aguda complicada y las complicaciones post operatorias con la

demora intrahospitalaria. El tiempo quirúrgico representa un factor protector, a menos tiempo quirúrgico (0-60 minutos) menor incidencia de complicaciones post operatorias ($p=0,001$, OR de 0,042 (IC 95% 0,018- 0,094). La complicación post operatoria más frecuente es la infección de herida operatoria con un 20,2% además los hallazgos patológicos nos pone en evidencia que la fase flemonosa (35,1%) es la más frecuente y hay una relación entre las complicaciones post operatorias y el tiempo de estancia hospitalaria, a menos complicaciones el paciente presenta menor tiempo de hospitalización $P=0,001$ con un OR: 0,017 (IC 95% 0,006-0,048).

Conclusiones Los factores que influyen en las complicaciones de la apendicitis aguda son el pre medicación, la demora pre hospitalaria y el tiempo quirúrgico.

Palabras claves: Factores influyentes, apendicitis aguda complicada, complicaciones post operatorias

ABSTRACT

Introduction: Acute appendicitis is perhaps the most frequent cause of surgical abdomen in the world, therefore it is necessary a timely treatment in order to avoid both postoperative and postoperative complications, reducing morbimortality, severity of the disease and hospital stay Of the patient which means an exponential decrease in the costs of the disease for the patient and the institution and finally a fast recovery and early incorporation into their daily life

General Objective: To identify the factors that influence the operative and postoperative complications in the treatment of acute appendicitis in the national hospital Hipólito Unanue during the period January-July, 2016

Method and Methodology: A retrospective, observational, analytical, quantitative, and data-collection study was performed in 208 patients.

Results: 50% presented acute appendicitis complicated, there is a greater incidence of the male sex in generating complicated acute appendicitis (68%) with a $p = 0.12$ (CI = 95% 1,168-3,564). The mean age in the sample is 32.04 with a range of 15-87 years, there is no significant relationship of age with complicated acute appendicitis. The most common symptomatology is acute abdominal pain with an incidence of 100% of the sample. Prehospital delay is a protective factor for a 15-48 hour delay with $p = 0.008$ (CI = 95% 0.076-0.742) and OR = 0.237. Premedication is a risk factor for acute appendicitis complicated with $p = 0.001$, OR of 3,933 (95% CI 2,182-7,092). There is no relationship between complicated acute appendicitis and postoperative complications with in-hospital delay. The surgical time represents a protective factor, less operative time (0-60 minutes), less incidence of postoperative complications ($p =$

0.001, OR 0.042 (95% CI 0.018-0.094) .The most frequent postoperative complication is infection Of operative wound with 20.2% also the pathological findings shows that the phlegmonous phase (35.1%) is the most frequent and there is a relation between the postoperative complications and the length of hospital stay, less complications The patient presented shorter hospitalization time P = 0.001 with an OR: 0.017 (95% CI 0.006-0.048).

Conclusions The factors that influence the complications of acute appendicitis are premedication, prehospital delay and surgical time.

Key words: Influential factors, complicated acute appendicitis, postoperative complications

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la causa más común de una cirugía Abdominal, con una prevalencia estimada de 7-8%. A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, Aún asociada con una morbilidad significativa (10%) y Mortalidad (1-5%). La historia clínica representa una de las herramientas más importantes para la Diagnóstico de la enfermedad. La precisión general para el diagnóstico Apendicitis aguda es de aproximadamente el 90%, con un Tasa de apendicectomías del 10%. Esto es más frecuente En casos atípicos, especialmente en mujeres en edad fértil, Porque los síntomas a menudo se superponen con otras condiciones. En esta enfermedad la relación entre el tiempo de evolución y la apendicitis complicada tiene una estrecha asociación, se trata de la entidad quirúrgica más frecuente atendida por el Cirujano General, afecta aproximadamente al 6% de la población mundial. Por lo tanto es siempre necesario un tratamiento rápido con el fin de evitar complicaciones consiguiendo disminuir la morbimortalidad, la severidad de la enfermedad y la estancia hospitalaria del paciente lo que significa una disminución exponencial en los costos de la enfermedad para el paciente y la institución y por ultimo una rápida recuperación y pronta incorporación a su vida cotidiana. Por ello encuentro interesante plantear si La prevalencia elevada de complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda no está asociada a la pre medicación, la demora intrahospitalaria o la demora pre hospitalaria en pacientes que acuden al tópico de cirugía - emergencia en el hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio del 2016.

ÍNDICE

INTRODUCCION	9
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	12
1.1 LINEA DE INVESTIGACION.....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	15
1.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	15
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	17
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	17
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO	19
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	19
2.2 BASES TEORICAS	26
2.3 DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES	46
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	48
3.2 VARIABLES.....	48
CAPITULO IV: METODOLOGIA	49
4.1 TIPO DE INVESTIGACION	49
4.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	49
4.3 POBLACION, MUESTRA	50
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	51
4.5 TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	51
4.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	53
4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS	53
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION	55
5.1 RESULTADOS	55

5.2 DISCUSION DE RESULTADOS	99
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES	107
BIBLIOGRAFIA	108
ANEXOS	111

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Según las prioridades para el INICIB (Instituto de investigación en ciencias biomédicas) Y FAMURP (Facultad de medicina humana de la universidad Ricardo Palma) el siguiente trabajo se encuentra en el lineamiento de Ciencias de la Salud: Ciencias Clínicas Aplicadas de Cirugía General en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis es la causa más común de una cirugía Abdominal, con una prevalencia estimada de 7-8%. A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, Aún asociada con una morbilidad significativa (10%) y Mortalidad (1-5%) (1). La historia clínica representa una de las herramientas más importantes para la Diagnóstico de la enfermedad. La precisión general para el diagnóstico Apendicitis aguda es de aproximadamente el 90%, con un Tasa de apendicetomía del 10%. Esto es más frecuente En casos atípicos, especialmente en mujeres en edad fértil, Porque los síntomas a menudo se superponen con otras condiciones (2). En esta enfermedad la relación entre el tiempo de evolución y la apendicitis complicada tiene una estrecha asociación, se trata de la entidad quirúrgica más frecuente atendida por el Cirujano General, afecta aproximadamente al 6% de la población mundial. (3) Por lo tanto es siempre necesario un tratamiento rápido con el fin de evitar complicaciones (4). Sin embargo en los servicios de emergencia. 50 Aproximadamente entre el 35-40% de casos de apendicitis tiene un diagnóstico tardío por varios factores tales como: uso de analgésicos como pre medicación, diagnósticos no quirúrgicos, demora pre hospitalario o intrahospitalarias, ocasionando cuadros de apendicitis complicadas o complicaciones que aparecen en el postoperatorio (5)

En un estudio realizado en el Hospital Las Mercedes (Chiclayo, 2013) en 233 pacientes con apendicitis se encontró que el 58,4% fueron del sexo masculino y 41,6% de sexo femenino, teniendo un promedio de edad 31,1 años. El 91,4% presentó histología positiva. Predominó la apendicitis gangrenada con el 36%, seguido de la supurativa con el 33% y con el 11,2% los estadios congestivo y perforado (6).

En nuestro país la apendicitis aguda se encuentra entre las tres primeras causas de morbimortalidad que requieren hospitalizarse siendo por ello un problema de salud pública importante (7)

Si bien es cierto el Diagnóstico es casi en su totalidad clínico, para el tratamiento si es necesario técnicas quirúrgicas que corresponden a la excresis del apéndice (apendicetomía) ya sea con incisiones como la clásica McBurney o en casos de emergencia una laparotomía exploratoria dan como resultado excelentes resultados en la eficacia terapéutica y si el tratamiento es precoz y oportuno las tasas de morbimortalidad serán mínimas (8)

La elección de la vía de abordaje para el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda es un tema en constante discusión, y sobre el que no existe todavía consenso en la literatura. La decisión en la mayoría de casos dependerá del cirujano y el abordaje que decida hacer, ya sea cirugía convencional o la muy famosa cirugía laparoscópica que es menos invasiva pero a la vez se ha visto un aumento de casos de abscesos intraabdominales con esta técnica y sumándole el alto costo del procedimiento hace que no sea la primera opción terapéutica.

Llamamos complicaciones en una cirugía a aquellos procesos que aparecen durante la evolución del paciente que fue llevado a cirugía y que en su recuperación alteran el ciclo normal de su terapia. (9)

A pesar de los avances tecnológicos y las reglas de asepsia y antisepsia en el ámbito quirúrgico Las complicaciones no son infrecuentes, a pesar de que los avances tecnológicos de la cirugía y de la anestesiología y reanimación que reducen al mínimo el traumatismo operatorio. (10,11)

Dentro de las complicaciones post operatorias según diferentes estudios tenemos la infección de herida operatoria como una de las más frecuentes peor no la más grave, si hablamos de gravedad es el absceso intrabdominal la complicación de la cual tendremos que cuidarnos ya que tiene incidencias altas de acuerdo al estado del apéndice llegando a 8.7% para las apendicetomías donde el apéndice se encuentra perforado. (12)

Las complicaciones como los abscesos intrabdominales, o dehiscencia de herida quirúrgica puede llevar al paciente a complicaciones aún mayores que lo llevarían a re intervenciones que aumentarían el riesgo para el paciente aumentando así su morbimortalidad. (13) Incluso hay estudios donde nos dicen que un reingreso a sala de operaciones supone un aumento de hasta el 50% en la mortalidad y aumentando un 20% más en caso se trate de una tercera re intervención quirúrgica. Por ello el objetivo de un diagnostico precoz es recibir el tratamiento quirúrgico oportuno antes que el apéndice empiece a empeorar de estado llegando a perforarse y origine más complicaciones tanto operatorias como post operatorias en el paciente aumentando su tiempo de recuperación y por lo tanto su estancia hospitalaria (14). Es por ello que se intenta estudiar los factores que pueden influenciar en estas complicaciones tanto operatorias como pos operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero- Julio del 2016. Con ello busco como meta evidenciar las complicaciones intra y post operaciones de los pacientes que se someten a apendicetomías, y la relación entre la demora desde su ingreso por emergencia hasta su ingreso a sala de operaciones y la estancia hospitalarias estando fuertemente unida a un mayor número de complicaciones, con ello realizar un tratamiento precoz que generaría disminuir costos a nivel social, laboral y personal tanto del paciente como del hospital. .

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Como ya sabemos el diagnóstico de la apendicitis aguda es principalmente clínico por lo que al sospechar de esta enfermedad, se debe tomar medidas rápidas a fin de tener un tratamiento precoz y efectivo con el fin de disminuir complicaciones que podrían poner en riesgo la vida del paciente como una peritonitis ya sea local o generalizada. Si bien es cierto clínicamente es fácil llegar al diagnóstico de apendicitis, existe un grupo de pacientes que el diagnóstico es aún más complejo ya que su cuadro es atípico llevando muchas veces al error al intentar llegar al diagnóstico como es el caso de los niños, ancianos o pacientes a los cuales se les administro antes medicación como analgésicos que enmascaran la enfermedad y por lo tanto tener un retraso en tratamiento, lo que puede llevar a complicaciones postoperatorias que además de aumentar el riesgo de mortalidad del paciente, prolongaba su estancia hospitalaria en relación a una operación no complicada. Por ello encuentro interesante plantear si La prevalencia elevada de complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda no está asociada a la pre medicación, la demora intrahospitalaria o la demora pre hospitalaria en pacientes que acuden al tópico de cirugía - emergencia en el hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio del 2016.

1.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

En la emergencia del hospital Hipólito Unanue la atención en el Tópico de Cirugía General viene demostrando que son muchos los pacientes que acuden al Hospital pero son casos puntuales los que necesitan tratamiento quirúrgico, en base a mi experiencia durante la rotación, se observa que dentro de las entidades más frecuentes que suelen llegar a la emergencia están Colecistitis agudas o crónicas, poli contusos o poli traumatizados y

cuadros clínicos sugerentes con apendicitis aguda. Debido a la frecuencia con la que llegan estos pacientes y que en estos cuadros de apendicitis aguda el tratamiento es 100% quirúrgico es que lo tomo como objeto de estudio. Si bien es cierto hay una evolución de síntomas para que el cuadro clínico nos dé como diagnóstico apendicitis aguda, a veces habrán factores que influyen en el retraso tanto del diagnóstico como del tratamiento y ello nos conlleva a influir en las complicaciones operatorias y post operatorias del tratamiento de apendicitis aguda.

Entre ellos tenemos La pre medicación, práctica común en nuestra sociedad, la automedicación, que es la toma de medicamentos por iniciativa propia o por consejo del personal no autorizado ante la presencia de síntomas de la enfermedad, convirtiéndose en un problema social y de salud por el riesgo que representa para el paciente, y los costos que implica para nuestro sistema de salud otros factores como la demora de atención hospitalaria (problemas con el SIS, personal técnico, etc.) U incluso el diagnóstico errado podría llevar a que el cuadro evolutivo de la apendicitis se agrave, y con ello la operación pueda tener complicaciones y hacer más prolongada la estancia hospitalaria. Otros factores como la demora intrahospitalaria, ya sea por espera de turno operatorio, cuadro clínico atípico, no tener un Seguro de Salud o una atención lenta harían también que aumenten las posibilidades de complicaciones en la operación y después de ella. Por ello mi objetivo de mi proyecto de investigación es demostrar que estos factores si tienen repercusión en el tratamiento del paciente, ya que generan un aumento de la estancia hospitalaria, cuadros de apendicitis aguda complicada, peritonitis local o generalizada, hemorragias, infecciones de herida operatoria, por lo que la morbimortalidad de los pacientes aumenta, y con ello los elevados costos que genera al sistema de salud. El fin del proyecto es prevenir estas complicaciones y para lograr una disminución de ellas tenemos que atacar los factores que están influenciando en la aparición de estas complicaciones como son una atención de salud más eficiente, una mejor consejería para

los pacientes, talvez campañas sobre la enfermedad para que en casos de presentar ellos síntomas acudan inmediatamente al centro de salud, mejor capacitación al personal de salud o incluso una regularización del seguro de salud en casos donde el tratamiento quirúrgico sea inminente todo ello hara que la frecuencia de las complicaciones operatorias (hemorragias, peritonitis, necesidad de dejar un drenaje de la cavidad) o post operatorias (infección de herida operatoria , ilio adinámico) disminuya, obteniendo una estancia hospitalaria corta y con ello lograr que el paciente se recupere rápidamente para volver a contribuir a la sociedad.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores que influyen en las complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda en hospital nacional Hipólito Unanue durante el periodo Enero-julio del 2016.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir la frecuencia de pacientes que cursan con apendicitis aguda complicada en el HNHU durante enero-julio del 2016.
- Evidenciar cuales son los factores dependientes del paciente que alteran tratamiento quirúrgico de Apendicitis Aguda Complicada retrasándolo.
- determinar el tiempo promedio de demora intrahospitalaria hasta el tratamiento de la apendicitis aguda.

- Determinar las principales complicaciones post operatorias en pacientes con apendicitis aguda.
- Determinar el tiempo promedio de estancia hospitalaria y su relación con las complicaciones operatorias y post operatorias
- Determinar el estadio anatómo-patológico macroscópicamente más frecuente de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Enero- Julio del 2016.

1.5.3 HIPOTESIS

H0: La prevalencia elevada de complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda no está asociada a la pre medicación, la demora intrahospitalaria o la demora pre hospitalaria en pacientes que acuden al tópico de cirugía - emergencia en el hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio del 2016.

H1: La prevalencia elevada de complicaciones operatorias y post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda está asociada a la pre medicación, la demora intrahospitalaria o la demora pre hospitalaria en los pacientes que acuden al tópico de cirugía - emergencia en el hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio del 2016.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Cabrejos Pita, J ; Novoa Espejo, A ; Iyo Solar,L y Roman robles, N en el estudio “Factores causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis aguda en el hospital de apoyo de Chachapollas entre 1995 y 2000, es un estudio donde se revisaron Historias clínicas de los pacientes sometidos a apendicetomía en el Hospital De a Apoyo de Chachapoyas en un periodo de 5 años donde se incluían todos los pacientes con diagnóstico confirmado de apendicitis aguda donde se incluyeron 108 pacientes de los cuales casi la mitad de los pacientes fueron intervenidos a destiempo, de esos pacientes poco menos de la mitad se le atribuyo la demora a problemas en el paciente, llámese no ir oportunamente al hospital, o enmascarar la enfermedad aliviando los síntomas con analgésicos u otro fármaco. La otra mitad se les atribuyo la demora a los servicios de salud por ejemplo demoras entre la llegada a emergencia y el ingreso a sala de operaciones. El 83% de los que se intervienen a destiempo sufrieron durante la operación complicaciones, ya que fueron apéndices perforados o gangrenados con ello se generaron un aumento en la estancia hospitalaria que llego en promedio (13 días) en comparación a los que no estuvieron en dicha situación que solo llegaban a una estancia hospitalaria de 4 días. Luego al finalizar el estudio se concluyó que hay un alto porcentaje de demora desde la aparición de los síntomas hasta el acto operatorio y estas demoras se deben principalmente a factores personales del paciente (situación geográfica, económica, automedicación) o a factores asociados a los propios servicios de salud (sobre carga de trabajo, no salas de operaciones disponibles, etc.) y esto conlleva a un aumento en las complicaciones de hasta 2.5 veces más que cuando se trata la enfermedad de una manera precoz y efectiva.

(15)

García Tay, J y Hernández Ortega, J en el estudio “Factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda. Experiencia en el Nuevo Sanatorio Durango” Se intentó entender cuáles son los factores que influyen en la perforación apendicular en pacientes atendidos en C.H.N.D entre 2008-2012 que cursaban con apendicitis aguda, para ello se evaluaron 189 pacientes que fueron sometidos a cirugía luego los agruparon según el reporte de la cirugía donde se destacaba si hubo perforación apendicular o no. Se tomaron como control el tiempo de evolución de la enfermedad hasta su ingreso al nosocomio, además de variables como el sexo, edad, y comorbilidad de los pacientes. Además se preguntó sobre automedicación antes del ingreso. Los resultados nos arrojan cifras donde el 36% de los pacientes presento apéndice perforado, además estos pacientes sufrieron una demora entre su ingreso hasta la operación de aproximadamente 2 horas más que el promedio. Lo cual concluye que aproximadamente hay un 2% más de riesgo por hora transcurrida (IC 95% de 0.2 a 4%, $p = 0.03$). Otros factores que se asociaron a la perforación apendicular fueron la automedicación que dificultaba el diagnóstico y generaba un tiempo de evolución de la enfermedad mayor (RM = 23, IC 95%, 9 a 57), o el tener un seguro por parte de su empresa (RM = 3.3, IC 95% 1.6 a 10). Con estos resultados se concluyó que los factores que influyen en la perforación del apéndice son la demora de la atención médica, el seguro que tiene el paciente y la automedicación que enmascara la enfermedad. (16)

Ayora Calle John, González Vázquez Cristian; Figueroa M. Francisco y Morales San Martín Jaime en el estudio “Complicaciones postapendicectomía convencional y factores asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo agosto 2008-enero 2009, Cuenca - Ecuador”. En el trabajo planteado se buscó información sobre 155 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda que fueron sometidos a una cirugía convencional ahí se recopilaron variables como tiempo quirúrgico, Índice de masa corporal, sexo, edad, tipo de incisión, evolución de la apendicitis, automedicación. Y se intentó buscar una asociación entre las variables y la prevalencia de complicaciones postapendicectomía. El resultado muestra que durante el periodo

estudiado el grupo etario es de 23 años promedio (45%), se observó más apendicitis agudas en las mujeres con 52,3% y la gente que vivía en zonas urbanizadas sufrían de apendicitis casi un 78%, además se vio que las personas que sufrían la enfermedad tenían un IMC normal (63%). Los factores asociados a las complicaciones fueron: tiempo de evolución mayor que 48 h [RP 2,9 (IC95%1,3 6,3)] tiempo quirúrgico >60 minutos [RP 2,3 (IC95% 1,3 4,2), y los estadios del apéndice encontrado en una apendicitis: gangrenosa [RP 2,2 (IC95%1,1 4,3)] y perforada [RP 3,8 (IC95% 1,1 5,4)]. incisión media infra umbilical [RP: 2.3 (IC95% 1,3 4,2)]. La complicación más frecuente es la infección de la herida quirúrgica con un 94%. Otras aportan un 6% como los abscesos intraabdominales. Por lo que se concluye luego del estudio que hay similitud en resultados con respecto a la literatura internacional donde en sus estudios se utilizan poblaciones que tienen similares características. (17)

Vargas Dominguez, A , D; Rodriguez Baez, A ; Lopez Romero, S; Ramirez tapia, Fernandez Hidalgo, E, en su estudio "Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento" realizado el año 2001 Se estudió a 78 pacientes operados con diagnostico pre y post operatorios de apendicitis y se ve toda la evolución de la enfermedad desde la aparición del dolor, el tiempo transcurrido hasta la llegada al nosocomio, diagnostico precoz, automedicación, terapéutica y complicaciones post cirugía. Los resultados concluyeron que el 50% de los médicos erran el diagnostico al inicio de la evolución de la enfermedad, además el 98% de los pacientes se auto medicó antes de llegar al nosocomio por último se concluye que tanto la automedicación como el error del diagnóstico precozmente hacen que haya un aumento significativo en el tiempo que demora el paciente en ser operado por lo que hay un mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante o después de la operación. (18)

Zenén Rodríguez Fernández con su estudio descriptivo, observacional y transversal “*Complicaciones de la apendicetomía por apendicitis aguda*”, utilizó una población de 560 pacientes que se realizaron la apendicetomía por ser diagnosticados con apendicitis aguda. Del servicio de Cirugía general del H.P.D.S.L en Cuba durante el periodo 2006. Allí se concluyó que de todas las operaciones un 20% desarrollaron alguna complicación, además dentro de las complicaciones post operatorias la más frecuente fue la infección de la herida quirúrgica. Otro punto a tocar era el aumento de las complicaciones que se dio en pacientes con comorbilidades o con grupos etarios mayores ($p < 0.01$), otros factores eran mayor tiempo de evolución preoperatoria que conllevaba a una evolución del estadio del apéndice que podría llegar a perforarse (de acuerdo a criterios histológicos) incluso hubieron 4 personas fallecidas durante o después de la operación) En conclusión se determinó que un examen clínico- físico adecuado y una técnica quirúrgica adecuada disminuye las posibilidades de complicaciones en el futuro y así generar un tratamiento eficaz y generar un mejor pronóstico para este tipo de pacientes.(19)

Marques e Silva Silvana y col. En “Factores de riesgo asociados a complicaciones postapendicectomía en adultos” tuvo como objetivo ver cuáles son los principales factores de riesgo para que se den complicaciones post operatorias en las apendicitis agudas en adultos, para ello hizo un estudio retrospectivo con 500 pacientes que habían sido apendicetomizados en el H.R.A.N en el periodo 2003-2004. Se consideraron las variables sexo, edad, características de los síntomas, sensación de alza térmica, hemogramas, tipo de incisión en la operación, uso de drenes, comorbilidades, resultados de la operación, días de hospitalización y complicaciones post operatorias. Se cuantificó los factores de riesgo y se reportó que las complicaciones se dieron mayormente en las mujeres (OR = 1,97, 95% CI 1.19 a 3.13), en pacientes que terminaban luego de la operación con drenaje (OR = 17,54, 95% CI-4, 83 a 63,77) o pacientes que presentaban comorbilidades como

ASAI (OR = 1,53; IC del 95%: 2,52 a 15,89), en pacientes que presentaban apendicitis perforada (OR = 4,67, 95% CI-2.43 -8.94). Luego de finalizar el estudio se concluyó que las complicaciones más frecuentes post operatorias son la infección de la herida quirúrgica y los abscesos intraabdominales. Además los factores de riesgo asociados a un mayor número de complicaciones post operatorias son el género, el drenaje de la cavidad post apendicetomía, la perforación del apéndice o comorbilidades como ASAI. (20)

Guillermo Padrón Arredondo, en su artículo Apendicitis aguda y apendicetomías en un hospital general. Análisis de tres años, es un estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes sometidos a apendicetomías durante el período de tres años. Fueron incluidos los pacientes operados con expediente completo. Se utilizó estadística descriptiva de medidas de tendencia central y porcentajes. Para lo cual se revisaron 298 expedientes, 43% femeninos y 57% masculinos, con un rango de edad de 1-72 años. El promedio de inicio de síntomas y su ingreso a sala de operaciones fue de 6horas-30 días. El turno nocturno tuvo la mayor proporción de casos operados con 45%. En la clasificación fisiopatológica, el grado II fue el más frecuente (33%). La proporción de apendicetomías iterativas fue en 7.7% de los casos. Se concluyó que la incidencia y los resultados demográficos encontrados se ubican dentro de la normalidad para esta patología en hospitales de segundo nivel. (21)

García Cayamcela, A; Díaz Freire, X y Chiriboga Sarmiento, G en su estudio sobre “Factores que retrasan el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2013” Realizo un diseño transversal con 117 pacientes apendicetomizados donde se encontró que hay un predominio de la enfermedad en el sexo femenino (60%) , además de todos estos pacientes el 60% vive en una zona urbana. De todos los pacientes analizados observamos que poco más del 50% fueron apéndices complicados (según el estado del apéndice). Dentro de los factores de riesgo que demoran el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento

encontramos a la automedicación, con 2,4 (OR) veces más riesgo de presentar complicaciones, dentro de estos pacientes encontramos que los Espasmolíticos son los fármacos que más se usan con un 35%, le siguen los analgésicos (AINES) con 26,5%; Casi el 70% del universo ingresaron con referencia-contra referencia, lo que constituye un factor protector aunque sin significancia estadística; Otras variables medidas como el tiempo de evolución clínica en horas (29,39 en promedio) y los pacientes que presentaron error de diagnóstico al inicio de la enfermedad, no presentaron relevancia en la estadística. Con todo ello planteado pudimos concluir que las complicaciones de la apendicitis aguda ya durante o después del tratamiento se ven de cierta manera influenciadas por factores como la automedicación, o el error diagnóstico al comienzo de la enfermedad. (22)

Sanabria, A; Domínguez, L; Vega, V; Osorio, C; Serna, A; Bermúdez, C, en un estudio sobre “Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación” En su estudio de cohortes se tomó como universo una base ya publicada por autores donde se evaluó pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda (206 personas) de los cuales el 60% eran varones. Como referencia se tomó el nivel de evolución del apéndice según el reporte histopatológico. Además se tomaron otras variables como La evolución de los síntomas en horas. Nos hablan los resultados que el tiempo de evolución para que una apendicitis no complicada se vuelva complicada era aproximadamente - 2 horas, además el tiempo para que se convierta de apendicitis no perforada ($22,5 \pm 17,5$) a apendicitis perforada ($33,4 \pm 24,8$ horas) es aproximadamente 11 horas ($p < 0,001$) Por lo cual el autor pudo concluir que no existe una relación estricta entre el tiempo de evolución de síntomas, la demora para el ingreso a sala de operaciones y el estado del apéndice (perforado). (23)

De la cruz Estrada Marisol. En su estudio retrospectivo correlacional “Factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda complicada, Hospital Belén de Trujillo 2008” se analizó 74 historias clínicas del grupo de apendicitis agudas complicadas y 74 historias de las apendicitis agudas no complicadas y se intentó

determinar qué factores retrasan el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda complicada. Se pudo comprobar que el 34% de la población presentó apendicitis aguda complicada, el 68,9% de los pacientes con A.A.C de sexo masculino. La edad promedio fue de 33.19 años con un rango de 15 a 69 años, el 60,8% de pacientes con A.A.C se auto médico y de los que tuvieron AANC solo se auto médico el 42% ($p < 0,05$), Los factores de Lejanía del Lugar de Procedencia y Diagnóstico Errado se encontraron con mayor frecuencia en el grupo de AAC con 67.6% ($p < 0.05$) y 36.5% ($p < 0.05$) respectivamente.

La Atención Médica Pre hospitalaria fue de 52,7% para el grupo de AAC y 40,5% para AANC ($p > 0.05$). La Demora Extra hospitalaria promedio en AAC fue de 56,49 h con rango de 3 a 192h (DS: 44.87 h), mientras que en AANC fue de 30.59 horas con rango: 1 a 96h (DS 23.88h) ($p < 0.01$) y; la Demora Intrahospitalaria promedio en AAC fue de 12,05 h con rango: 3 a 44 h (DS 8.19 h), y en AANC fue 9.74h, rango: 2 a 46 h (DS 7.56h) ($p > 0.05$). El Tiempo de Enfermedad promedio en AAC fue de 64.09 h con rango de 10 a 210 h y (DS: 44.87 h), mientras que en AANC fue de 35.89h con rango: 7 a 92h. Concluye que la lejanía del Lugar de Procedencia, el Diagnóstico Errado y la Automedicación son Factores que retrasan el tratamiento quirúrgico en Apendicitis Aguda Complicada; más no lo son la Atención Médica Pre hospitalaria ni la Demora Intrahospitalaria. (24).

Montoya Jeffersson, A; Cabrera, S; Díaz, C. En su estudio descriptivo “Score Alvarado y el riesgo de complicaciones en apendicitis aguda de pacientes adultos del hospital regional Docente Las Mercedes-Chiclayo, 2012-2013” intenta Determinar el riesgo de complicaciones en apendicitis aguda según Score Alvarado en pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, 2012 – 2013 por lo que se realizó el estudio a estudiaron 233 pacientes, 136 (58,4%) fueron varones. La edad fue $31.1 \pm 11,45$ años y el síntoma más frecuente fue dolor en cuadrante inferior derecho (94,8%). Se obtuvieron 13 pacientes con menos de 4 puntos, 48 entre 4-6 puntos, y 172 entre 7-10 puntos. El reporte anatomopatológico fue positivo en 213 (91,4%) pacientes, 36% en estadio gangrenado. Sólo 22,7%

presentaron complicaciones, siendo peritonitis localizada (47,3%) la más frecuente. Se efectuó el cálculo de los DOR, siendo estadísticamente significativo con el punto de corte: 7 puntos (2,98 IC95%:1,29-6,87), 8 puntos (4,30 IC95%:2,06-8,94). Luego se concluyó que hay un predominio del cuadro apendicular en varones, residentes mayormente en áreas urbanas. El Score establece un mayor riesgo a partir de 5 puntos, y en mujeres. El obtener 7 u 8 puntos incrementa significativamente el riesgo de alguna complicación (25).

2.2 BASES TEORICAS

DEFINICIÓN

Se denomina apendicitis aguda a la inflamación del apéndice vermiforme producido por obstrucción del lumen.

HISTORIA

La apendicitis era rara en el pasado. Parece no haber registros de los primeros médicos, Hipócrates a Moisés Maimónides. Los primeros dibujos anatómicos del apéndice datan de 1492 cuando Leonardo Da Vinci describió una estructura rara que él llamó el “orecchio” que surgen del ciego.

Berengario Da Carpi, médico-anatomista, hizo su descripción del apéndice en 1521. En 1543, Andreas Vesalius publicó la primera ilustración detallada de un apéndice.

Después de los estudios de Morgagni, publicados en 1719, poca información adicional se agregó la anatomía bruta del apéndice. Aunque la anatomía del apéndice fue claramente definidos por estos primeros anatomistas, su patología y tratamiento controversial para los próximos 300 años.

Jean Fernel, el médico francés de la corte de Catherine de Medici, ha sido primera descripción de la tiflitis aguda (derivada del tifón griego para el ciego) en 1554 que ocurrió en una niña de 7 años que murió de un apéndice perforado. En la autopsia, Fernel señaló obstrucción luminal del ciego y apéndice con necrosis, perforación y derrame de contenido en la cavidad abdominal. Otros médicos, cirujanos y anatomistas describieron

Enfermedades en este órgano. Incluso el gran fisiólogo John Hunter describió un apéndice gangrenoso, encontrado en una autopsia que él realizó en el coronel Dalrymple en 1767.

En 1711, Lorenzo Heister, profesor de cirugía en Helmstedt, fue el primero en sugerir el apéndice como el sitio probable de inflamación primaria y formación de absceso.

Claudius Amyand, Sargento Cirujano de George II, realizó el primer apendicectomía en 1735.

En 1839, Bright y Addison, los grandes Médicos de Guy's Hospital, describieron claramente los síntomas de la apendicitis y que el apéndice fue la causa de muchos procesos inflamatorios de la fosa ilíaca derecha.

Han pasado 125 años desde que Reginald Heber Fitz describió la relación entre apendicitis con perforación, presentándose como un absceso del cuadrante inferior derecho. Fitz era el Shattuck Profesor de Anatomía Patológica en la Universidad de Harvard. El 18 de junio de 1886, presentó un documento a la Asociación de Médicos Americanos en Washington, DC, titulado "Inflamación perforante del apéndice vermiforme con especial referencia a su comienzo Diagnóstico y tratamiento". Continuó describiendo las características clínicas de la apendicitis y propuso la extirpación quirúrgica temprana del apéndice. Sus comentarios llevaron al creciente reconocimiento de la apendicitis como una entidad clínica importante y la apendicectomía como tratamiento adecuado.

La primera extirpación quirúrgica conocida del apéndice ocurrió en 1735. Claudius Amyand, un fundador del St. George's Hospital de Londres, operó un

niño de 11 años con Hernia escrotal de larga duración y fístula fecal del muslo. A través de una incisión escrotal, el hernia abierta, revelando omento alrededor de un apéndice perforado, dando lugar a la fístula fecal.

El apéndice y el omento se amputaron y el fístula abierta con recuperación.

En 1880, Lawson Tait operó a una muchacha de 17 años, quitando un apéndice gangrenoso. Abraham Groves de Fergus, de Ontario. Retiró un apéndice inflamado de un niño de 12 años con dolor y sensibilidad en el cuadrante inferior derecho del abdomen en 1883.

En 1884, Mikulicz realizó una apendicectomía, pero el paciente no sobrevivió.

En 1885, Kronlein de Zurich realizó con éxito una apendicectomía. También en 1885, Charter Symonds de Londres realizó tal operación. Thomas G. Morton de Filadelfia, en 1887, informó de una exitosa apendicectomía con drenaje de un absceso en un paciente de 27 años. Con la defensa de la intervención quirúrgica temprana, la tasa de mortalidad apendicitis durante los 15 años siguientes al manuscrito de Fitz cayó del 50% al 15%.

En una presentación a la Sociedad Quirúrgica de Nueva York en 1889, Charles McBurney describió su experiencia con muchas operaciones exitosas para la eliminación temprana del apéndice. Él también describió su punto, ahora famoso, de McBurney. Su objetivo quirúrgico era operar oportunamente antes de perforación apendicular y peritonitis desarrollada. Los primeros diagnóstico e intervención quirúrgica recomendada por McBurney hace más de un siglo sigue siendo el estándar de atención para el médico de emergencia que práctica hoy. El lateral la división muscular o la incisión "gridiron" se denomina generalmente incisión de McBurney, fue utilizado en primer lugar por Lewis McArthur de Chicago, y fue descrito en 1894. J. W. Elliot quien defendió una incisión transversal de la piel en 1896.

Nada nuevo sucedió durante casi 90 años hasta que Semm, un ginecólogo alemán, un apéndice, en 1980, por un abordaje laparoscópico. Durante casi una década la incredulidad en la comunidad quirúrgica, pero hoy en día se considera el mejor abordaje quirúrgico al apéndice.

La idea de que la apendicitis pueda resolverse espontáneamente no es nueva. En 1908 Alfred Stengel

"Tratados de manera puramente médica o tentativa, la gran mayoría de los pacientes con Apendicitis se recuperan". Los primeros casos exitosos de tratamiento médico no quirúrgico de la apendicitis ocurrida a bordo de submarinos de la Armada de los Estados Unidos durante la patrulla de combate en la Primera Guerra Mundial

ANATOMIA

Embriológicamente, el apéndice forma parte del ciego del cual se origina Tres tenías coli se unen en el aspecto distal del ciego. Además, el apéndice contiene una abundancia de folículos linfáticos en la submucosa, de aproximadamente 200.

El mayor número de folículos linfáticos ocurre en el grupo de 10 a 20 años de edad; ellos disminuyen en número después de los 30 años y están totalmente ausentes después de los 60 años.

El apéndice adulto es un divertículo largo con un promedio de 5 a 10 cm de largo que surge de la pared posteromedial del ciego, aproximadamente 3 cm por debajo de la válvula ileocecal. La anchura media es de 0,5 a 1,0 cm. Aunque la relación de la base del apéndice con la base es esencialmente constante, el resto del apéndice es libre, lo que explica su variable en la cavidad abdominal. La orientación del apéndice en el abdomen

Ha sido descrito clásicamente como estando en el cuadrante inferior derecho, en una posición aproximadamente un tercio de la distancia desde la espina ilíaca anterior ombligo. Esta región también se conoce como el punto de McBurney.

Las distintas posiciones del apéndice se clasifican convenientemente en las siguientes ubicaciones:

- Paracólico: el apéndice se encuentra en la córnea paracólica derecha lateral al ciego (35%).
- Retrocaecal: el apéndice se encuentra posterior al ciego y puede ser parcial o totalmente extraperitoneal (30%).
- Preileal: el apéndice es anterior al íleo terminal (1,5%).
- Postileal: el apéndice es posterior al íleon (1,5%).
- Promontorio: la punta del apéndice se encuentra en las inmediaciones del promontorio sacro (1%).
- Pélvica: la punta del apéndice se encuentra en o hacia la pelvis (30%).
- Subcecal: el apéndice es inferior al ciego (1%).

Esta variabilidad en la localización puede influir en gran medida en la presentación clínica en pacientes con apendicitis. Un estudio más reciente basado en imágenes mostró que en sólo el 4% es el apéndice Ubicado en el clásico punto de McBurney (la unión del tercio lateral y medio de la línea entre la espina ilíaca anterior superior y el ombligo).

ETIOLOGIA

Dentro de las muchas causas que pueden producir la apendicitis aguda, la principal y más importante de la obstrucción luminal es la que se da por la hiperplasia de los folículos linfoides presentes en la submucosa, al crecer de tamaño disminuyen el lumen produciendo la enfermedad, este caso se da hasta en un 60% de todas las apendicitis agudas, otro grupo considerable y mayormente visto en la edad adulta es la retención fecal o fecalitos que se da hasta en un 35%. Ya hablando de causas poco más comunes están los cuerpos extraños (coprolito y áscaris lumbricoides) los tumores de apéndice o ciego (tumor carcinoide o linfomas) que juntos solo representan un 5% de los enfermos.

EPIDEMIOLOGIA

La apendicitis aguda se presenta en todas las edades, aunque en los extremos de la vida es poco probable que se dé, si lo hace la sintomatología es difusa y el diagnóstico es más complicado de realizar. En general puede según la OMS afecta a un 7% de la población general. La incidencia es el doble en los hombres con respecto a las mujeres sin embargo esta cifra se llega a igualar en la tercera edad, siendo la mayor incidencia de la enfermedad en los pacientes que oscilan entre la primera y tercera década de la vida.

Se debe pensar en una tendencia genética para la apendicitis aguda sin embargo otros factores que podrían predisponer al cuadro apendicular serian: dietas ricas en carnes, estreñimiento o excesos alimentarios por lo que hay que estar muy atento ante una sintomatología sospechosa que nos haga pensar en la enfermedad

PATOGENIA

Se considera que la causa de la apendicitis es obstrucción del lumen apendicular y la posterior infección bacteriana. La obstrucción luminal puede ser producida por mecanismos y se consiga la retención de moco. Si la infección bacteriana sobreviene, la aumenta la presión intraluminal, lo que la interrupción del flujo linfático y el desarrollo de edema apendicular. Este proceso conduce a la apendicitis aguda caracterizada por distensión del apéndice y la congestión vascular, que se designa como apendicitis catarral. Si esto condición progresa, edema apendicular y la congestión vascular se vuelven más pronunciadas con la formación de múltiples abscesos en la pared y fluido purulento sobre la superficie serosa. Esta condición se designa como apendicitis flegmonosa. Si progresa más y provoca disfunción circulatoria local, esto produce un Infarto opuesto a la unión entre el meso

apéndice y apéndice, donde la sangre suministro es insuficiente. Como resultado, el apéndice se torna rojo oscuro con áreas de necrosis negra, una condición que se designa como apendicitis gangrenosa. Si la perforación de la necrosis ocurre la pared, la apendicitis se complica por peritonitis perforante. Por lo general, la peritonitis es localizado, quedando confinado a la región ileocecal en niños pequeños, sin embargo, el omento es no está completamente desarrollado, por lo que el curso clínico es a menudo complicada por peritonitis difusa.

CUADRO CLINICO

La presentación clínica de la apendicitis es notoriamente inconsistente. La historia clásica de anorexia y dolor peri umbilical seguido de náuseas, dolor en el cuadrante inferior derecho (FID) y vómitos ocurre en sólo el 50% de los casos. Las características incluyen lo siguiente:

Dolor abdominal:	Síntomas más comunes
Náuseas:	61-92% de los pacientes
Anorexia:	74-78% de los pacientes
Vómitos:	Casi siempre sigue el inicio del dolor.
Diarrea o estreñimiento:	Hasta el 18% de los pacientes

Las características del dolor abdominal son las siguientes:

Comienza típicamente como dolor peri umbilical o epigástrico, después migra al FID. Los pacientes generalmente se acuestan, flexionan sus caderas y dibujan sus rodillas para reducir los movimientos y evitar el empeoramiento de su dolor. La duración de los síntomas es inferior a 48 horas en

aproximadamente el 80% de los adultos, pero tiende a ser más prolongada en los ancianos y en los que tienen perforación.

Los hallazgos del examen físico más frecuentes incluyen los siguientes:

- Signo de rebote: dolor en la percusión, rigidez y protección es hallazgo más específico
- Sensibilidad a FID: Presente en el 96% de los pacientes, pero no específica.
- Sensibilidad en el cuadrante inferior izquierdo (FII): Puede ser la manifestación principal en pacientes con situs inversus o en pacientes con un apéndice largo que se extiende al FII
- Los bebés varones y los niños ocasionalmente presentan con un hemiabdomen inflamado.
- En mujeres embarazadas, el dolor FID dominan en el primer trimestre, pero en la segunda mitad del embarazo, el cuadrante superior derecho (HD) o el dolor en el flanco derecho puede ocurrir

Los siguientes signos accesorios pueden estar presentes en una minoría de pacientes:

- Signo Rovsing (dolor en FID con palpación de la FII): Sugiere irritación peritoneal
- Signo del obturador (dolor FID con rotación interna y externa de la cadera derecha flexionada): Sugiere que el apéndice inflamado se encuentra profundamente en el hemipelvis derecho.
- Signo de Psoas (dolor de FID con extensión de la cadera derecha o con flexión de la cadera derecha contra resistencia): Sugiere que un apéndice inflamado se localiza a lo largo del curso del músculo psoas derecho.
- Signo de Dunphy (dolor agudo en el FID provocado por una tos voluntaria) sugiere una peritonitis localizada.

- Dolor en FID en respuesta a la percusión de un cuadrante remoto del abdomen o una firme percusión del talón del paciente: Sugiere inflamación peritoneal
- Signo de Markle (dolor provocado en una cierta zona del abdomen cuando el paciente de pie se queda de pie sobre los dedos de los pies a los talones con un aterrizaje de choque): Tiene una sensibilidad del 74%

DIAGNOSTICO

Para llegar al diagnóstico certero y precoz de una apendicitis aguda es necesario una buena historia clínica, y un buen examen físico. Sin embargo se pueden usar exámenes auxiliares que no tienen hallazgos específicos para la apendicitis, pero pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico en pacientes con una presentación atípica:

- Hemograma

WBC > 10.500 células / μ l: 80-85% de adultos con apendicitis

Neutrofilia > 75-78% de los pacientes

Menos del 4% de los pacientes con apendicitis tienen un recuento de glóbulos blancos inferior a 10.500 células / μ l y neutrofilia inferior al 75%

En los lactantes y los pacientes de edad avanzada, un recuento de glóbulos blancos es especialmente poco fiable porque estos pacientes pueden no montar una respuesta normal a la infección. En mujeres embarazadas, la leucocitosis fisiológica hace que el recuento de CBC sea inútil para el diagnóstico de apendicitis.

- Proteína C-reactiva

Los niveles de PCR > 1 mg / dL son comunes en los pacientes con apendicitis, los niveles muy altos de PCR en pacientes con apendicitis indican evolución gangrenosa de la enfermedad, especialmente si está asociada con leucocitosis y neutrofilia. En los adultos que han tenido síntomas durante más de 24 horas, un nivel normal de PCR tiene un valor predictivo negativo de 97-100% para la apendicitis.

- El ácido 5 - hidroxindolacético en la orina (5 - HIAA)

Los niveles de HIAA aumentan significativamente en la apendicitis aguda y disminuyen cuando la inflamación cambia a la necrosis del apéndice por lo tanto, tal disminución podría ser un signo de alerta temprana de la perforación del apéndice.

- Tomografía computarizada

Tomografía computarizada con medio de contraste oral o rectal El enema de Gastrografin se ha convertido en el estudio de imagen más importante en la evaluación de pacientes con presentaciones atípicas de apendicitis.

La TAC abdominal de dosis baja puede ser preferible para el diagnóstico de niños y adultos jóvenes en los que la exposición a la radiación de TC es especialmente preocupante.

- Ultrasonografía

La ecografía puede ofrecer una alternativa más segura como herramienta diagnóstica primaria para la apendicitis, con la tomografía computarizada utilizada en los casos en que los ultrasonogramas son negativos o no concluyentes. Un apéndice sano por lo general no puede ser visto con ultrasonografía; Cuando ocurre apendicitis, el ultrasonograma típicamente demuestra una estructura tubular no compresible de 7-9 mm de diámetro.

- Análisis de orina (para diferenciar la apendicitis de las afecciones del tracto urinario)
- Beta-hCG urinaria (para diferenciar la apendicitis del embarazo ectópico temprano en mujeres en edad fértil)

SCORES PARA APENDICITIS AGUDA

El diagnóstico de apendicitis aguda puede ser difícil y cualquier retraso en el tratamiento definitivo con cirugía puede generar un aumento de la mortalidad y la morbilidad como la enfermedad progresa a la perforación apendicular. Esto aumento de la morbilidad y la mortalidad ha sido justificado por las altas tasas de apendicectomía negativa que oscilan entre el 14 y el 75% (Alvarado 1986).

Un impulso, por lo tanto, ha sido mejorar el diagnóstico de apendicitis utilizando sistemas de puntuación clínica. Estos los sistemas se han basado en síntomas, signos y descubrimientos de laboratorio. En algunos casos, han sido parte de un algoritmo de diagnóstico asistido por ordenador. la puntuación más citada en el diagnóstico de adultos con Apendicitis aguda es la puntuación de Alvarado (Alvarado 1986). Considerando que en los niños la apendicitis pediátrica.

La puntuación o la puntuación de Samuel es la más utilizada (Samuel 2002). Las calificaciones se han validado en una amplia variedad de poblaciones, sin embargo, no han hecho en la práctica clínica de rutina en todos los entornos.

Varios estudios han utilizado asimismo ayudas diagnóstico en pacientes con dolor abdominal agudo en intentar mejorar la gestión de los pacientes que con dolor abdominal agudo (De Dombal et al.1974; Wellwood et al. 1992; Scarlett et al. 1986).

Estos sistemas han reportado una 97,2% en la apendicitis aguda (De Dombal et al., 1974), mejoría en el tiempo de la cirugía, con una el número de perforaciones en un período de 2 años (Scarlett et al., 1986). Sin embargo, no han introducido en la práctica clínica rutinaria. En una ayuda para mejorar aún más el diagnóstico de redes neuronales artificiales han sido sugeridos como adjuntos al diagnóstico, pero sigue siendo un área de investigación con sólo un pequeño número.

De los pacientes que han tenido diagnósticos realizados de esta manera (Prabhudesai et al., 2008, Hsieh et al., 2011).

Score de Alvarado

TABLA 1. Score de Alvarado

Score de Alvarado	Puntos
Síntomas	
Dolor migratorio en FID	1
Náuseas y vómitos	1
Anorexia	1
Signos	
Defensa en FID	2
Fiebre > de 37 °C	1
Descompresión dolorosa	1
Laboratorio	
Leucocitosis (> 10 × 10 ⁹)	2
Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total	10

FID: fosa ilíaca derecha.

La partitura fue desarrollada originalmente por Alfredo Alvarado en 1986 como una ayuda para el diagnóstico de pacientes con apendicitis. La puntuación se basó en una cohorte de 305 pacientes en el Hospital Nazaret de Filadelfia en los Estados Unidos de América que presentaron sospecha de apendicitis. Las tablas de estos pacientes fueron revisados retrospectivamente y la sensibilidad y especificidad de una serie de síntomas, signos y variables fueron evaluadas con las que mayor valor de diagnóstico utilizado para formar una puntuación sistema. Esto resultó en la formación de una puntuación simple

Consistente en tres síntomas, tres signos y dos marcadores de laboratorio de inflamación ponderados como uno o dos basados en su importancia en el diagnóstico.

La puntuación total máxima alcanzable es, por lo tanto, 10. Una puntuación de 5 o 6 es compatible con un diagnóstico de apendicitis aguda, con un puntuación de 7 u 8 indica probable apendicitis y una puntuación de 9 o 10, lo que indica una apendicitis. Se ha sugerido que la puntuación puede utilizarse como una guía para determinar qué pacientes requieren más observación y que los pacientes requieren cirugía.

Aquellos con una puntuación de 5 o 6 observaciones obligatorias mientras que las con una puntuación de 7 o superior necesaria para proceder a la cirugía ya que era probable que tuvieran apendicitis.

La puntuación de Alvarado es la mejor Sistemas de puntuación clínica en uso corriente (Ohmann et al.1995). La puntuación, sin embargo, no se basa en un modelo matemático que ha representado la variable capacidad independiente para predecir un diagnóstico. Eso también se basó en datos retrospectivos. Estos factores han dado lugar a una serie de autores que proponen otros sistemas de puntuación, incluyendo una otros hallazgos clínicos, de laboratorio y de imágenes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Quirúrgico

- Obstrucción intestinal
- Intususcepción
- Colecistitis aguda
- Úlcera péptica perforada
- Adenitis mesentérica
- La diverticulitis de Meckel
- Diverticulitis colónica / apendicular
- Pancreatitis
- Hematoma de la vaina del recto

Urológico

- Cólico ureteral derecho
- Pielonefritis derecha
- Infección del tracto urinario

Ginecológico

- Embarazo ectópico
- Folículo ovárico roto
- Quiste ovárico torturado
- Salpingitis / enfermedad inflamatoria pélvica

Médico

- Gastroenteritis
- Neumonía
- ileitis terminal
- Cetoacidosis diabética
- Dolor preherpético en el 10º y 11º dorsal derecho

Neurológico

- Porfiria

TRATAMIENTO – PLAN DE TRABAJO

PREOPERATORIO:

En este proceso se debe preparar al paciente, no darle nada por vía oral, hidratarlo bien por vía endovenosa, el uso de antibiótico profilaxis es de suma importancia para reducir complicaciones durante y después del acto quirúrgico, hay que cubrir gérmenes gram (-) , sin embargo si se presume en una apendicectomía complicada se le debe añadir una cobertura contra gérmenes anaerobios. Si el diagnóstico es definitivo y se encuentra muy adolorido el paciente debemos pensar en usar analgésicos y antiespasmódicos para aliviar su sintomatología. Se debe tomar las medidas adecuadas antes de la operación como recorte del vello púbico, uso de sonda nasogástrica o vesical y uso de vendajes elásticos en miembros inferiores sobre todo en pacientes con comorbilidades.

PROCEDIMIENTOS PARA LA APENDICECTOMIA

APENDICITIS AGUDA NO PERFORADA:

Se realiza una incisión (Rocky - Davis ampliada o mediana supra infra umbilical) Luego se procede a aspirar y secar el líquido libre en la cavidad, se busca el meso apéndice y se hacen ligaduras simples con catgut crómico o vicril, después se realiza la apendicectomía ya sea retrograda o directa, luego se realiza coprostasia y forcipresión apendicular, se liga doble el muñón con catgut y posteriormente se realiza ectomía., no lavar ni dejar ningún tipo de drenaje solo se cierra por planos (peritoneo, aponeurosis, tcsc y piel) hasta cavidad.

APENDICITIS AGUDA + PERITONITIS LOCALIZADA

Se realiza una incisión (Rocky- Davis ampliada o mediana supra infra umbilical) Luego se procede a aspirar y secar el líquido libre en la cavidad, se busca el meso apéndice y se hacen ligaduras simples con catgut crómico o vicril, después se realiza la apendicectomía ya sea retrograda o directa, luego se realiza coprostasia y forcipresión apendicular, se liga doble el muñón con catgut y posteriormente se realiza ectomía. Solo se deja un drenaje laminar en la zona localizada por contrabertura y se cierra por planos (peritoneo, aponeurosis, tcsc y piel) hasta cavidad.

APENDICITIS AGUDA + PERITONITIS GENERALIZADA

Se realiza una incisión (Rocky- Davis ampliada o mediana supra infra umbilical) Luego se procede a aspirar y secar el líquido libre en la cavidad, se

busca el meso apéndice y se hacen ligaduras simples con catgut crómico o vicril, después se realiza la apendicectomía ya sea retrograda o directa, luego se realiza coprostasia y forcipresión apendicular, se liga doble el muñón con catgut y posteriormente se realiza ectomía, se realiza un lavado de toda la cavidad abdominal con por lo menos 10 litros de suero fisiológico tibio hasta obtener un líquido claro, por lo general no se deja drenaje laminar al menos que haya un absceso por último se cierra por planos (peritoneo, aponeurosis, Tcsc y piel) hasta cavidad.

COMPLICACIONES

	COMPLICACIONES
24 HORAS	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Evisceración • Íleo adinámico
48 O 72 HORAS	<ul style="list-style-type: none"> • Dehiscencia del muñón apendicular • Neumonía • Atelectasia • ITU • Fistula Estercorácea
4to O 5to Día	<ul style="list-style-type: none"> • Infección de herida operatoria
Día 7	<ul style="list-style-type: none"> • Absceso intraabdominal
Día 10	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencias
Día 15	<ul style="list-style-type: none"> • Bridas

Cualquier demora de tiempo para tratar la apendicitis aguda es injustificada. Cuando el tiempo total el intervalo de síntomas fue menor de 12 horas, el 94%

de los pacientes tenían apendicitis simple, pero 6% tenían perforación. Las tasas de ruptura aumentan significativamente 36 horas después de los síntomas de presentación. La incidencia global de perforación es del 16% al 39%. Las tasas de perforación están fuertemente relacionadas con la edad Y son más altas en los muy jóvenes (40% a 57%) y en los ancianos (55% a 70%), en quienes diagnósticos erróneos y retraso en el diagnóstico son comunes.

En pacientes con retraso en la presentación, una masa sensible con rigidez muscular suele sentirse en la fosa ilíaca derecha. La presencia de una masa puede ser confirmada por ultrasonografía o tomografía computarizada; Debe excluirse la neoplasia subyacente, especialmente personas de edad avanzada.

Los pacientes con un absceso del apéndice tienen una masa tierna con una pirexia oscilante, taquicardia y leucocitosis.

El absceso se localiza con mayor frecuencia en la cara lateral de la fosa iliaca derecha, pero puede ser pélvica; Un examen rectal es útil para identificar una colección pélvica.

Se puede demostrar mediante ultrasonografía o tomografía computarizada, y puede realizarse drenaje radiológico percutáneo. El drenaje abierto tiene la ventaja añadida de permitir que se realice una apendicetomía.

Existen informes circunstanciales que sugieren la asociación entre inflamación Intestino o cáncer intestinal y apendicitis. Sin embargo, no hay evidencia científica de tal asociación. De lo contrario, la apendicitis crónica no parece representar ningún riesgo de cáncer.

A. Infección de la Herida Operatoria

Esta es la complicación más frecuente que se da post operatorio, se da por gérmenes gran negativos como bacteroides frágiles, Enterobacter, E. coli. y

Klebsiela. Al inicio la sintomatología principal es dolor intenso, tumor, calor y rubor, que son signos de flogosis alrededor de la herida operatoria.

B. Abscesos Intraabdominales

Es otra de las complicaciones comunes que se dan pos cirugía y se debe a la contaminación de la cavidad abdominal con microorganismos debido a que cuando la apendicitis es complicada y está en un estadio gangrenoso o perforado suele el material purulento derramarse alrededor produciendo esta complicación, menos frecuente pero puede suceder seria por un derrame durante la operación.

La sintomatología es variada siendo lo más frecuente encontrar fiebre en picos, malestar general y anorexia. Además la sintomatología puede variar dependiendo la ubicación del abscesos, por ejemplo si el absceso es pélvico produciría diarrea, si es subfrenico puede dar signos de derrame torácico e inmovilidad del diafragma afectado. El tratamiento de todos los abscesos siempre será el drenaje y se podría ayudar con el uso de antibióticos.

C. Fístula Cecal o Estercorácea

Es la comunicación con el exterior de la cavidad abdominal, podría ser por la retención de un cuerpo extraño, puntos apretados, erosión de la pared del ciego debido al dren, retención de una porción del apéndice, mala ligadura del muñon, etc. Sin embargo la mayoría de las fistulas van a cerrar por si solas, para ayudar al cierre hay que conservar el trayecto abierto. Hay un tipo de fistulas que nunca cerraran solas, esas son las fistulas fecales por lo que se requiere una intervención quirúrgica para su cierre.

D. Piliflitis o Piema Portal

Es la complicación más grave que se puede dar por una apendicitis aguda (gangrenosa o perforada), se da por la inflamación y sepsis a nivel del sistema venoso portal debido a gérmenes como E.coli provocando múltiples abscesos hepáticos, dentro de su sintomatología se caracteriza por presentar fiebre elevada, ictericia y dolor abdominal además de escalofríos. Es por esta complicación que se debe hacer la profilaxis antibiótica pre operatorio.

E. Íleo Paralítico o Adinámico

Se presenta debido a la irritación producida por la manipulación en el acto operatorio, la resolución debería darse en el post operatorio inmediato pero puede persistir como en el caso de peritonitis generalizada por una apendicitis complicada, para su tratamiento es necesario sonda nasogástrica, hidratación y antibioticoterapia

Hay que pensar además en la posibilidad de una obstrucción intestinal por bridas o adherencias si ese fuera el caso el tratamiento sería quirúrgico.

F. Dehiscencia del Muñón Apendicular

Se da por una mala ligadura del muñón u otro factor que distienda el intestino aumentando la presión en la zona más débil produciendo su ruptura (en el caso de enemas evacuantes), el tratamiento siempre será laparotomía exploratoria y cestostomía. Se podría incluir antibioticoterapia.

G. Hemorragia

Se puede producir por el deslizamiento de una ligadura arterial post las primeras 72 horas post operatorias, podría llevar a shock hipovolémico y generalmente se acompaña de un dolor abdominal súbito. El tratamiento es ubicar el sitio de la hemorragia y dejar un dren.

H. Otras Complicaciones Tardías:

- Obstrucción intestinal. Se produce en apendicitis complicadas y se da por bridas y adherencias.
- Infertilidad. Por la obstrucción en la trompa en una mujer con apendicitis complicada, si se forma un absceso en FID hay más posibilidades de provocarlo.

2.3 DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Apendicitis Aguda Complicada:** Aquella con el mismo diagnóstico post operatorio o las que en los hallazgos post operatorios se confirmó la presencia de perforación apendicular, plastrón apendicular o formación de abscesos que dan lugar a peritonitis localizada o generalizada que necesitaron drenaje quirúrgico
- **Apendicitis Aguda no Complicada:** Aquella con el mismo diagnóstico post operatorio o las que en los hallazgos post operatorios se confirmó la presencia de: Apendicitis Aguda Supurada, Apendicitis Aguda Catarral y Apendicitis Aguda Gangrenosa.

- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona expresada en años.
- **Género:** Condición Orgánica, masculina o femenina
- **Complicaciones postoperatorias:** Es cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico. Su etiología puede ser secundaria a la enfermedad primaria, secundaria a la intervención quirúrgica, o secundaria a otros factores no relacionados.
- **Pre medicación:** Acción de aplicar cualquier medicamento al paciente antes de acudir al establecimiento de salud.
- **Demora Prehospitalaria:** Se considera el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta la hora de ingreso por emergencia.
- **Demora Intrahospitalaria:** Se considera aquel tiempo tomado desde el ingreso al hospital hasta su entrada del paciente al quirófano.
- **Profilaxis antibiótica:** Es la acción de recibir medicación antes del tratamiento quirúrgico buscando disminuir morbimortalidad.
- **Hallazgos patológicos-macroscópicos:** Son las fases del apéndice que uno encuentra tanto macroscópicamente como microscópicamente luego de la operación quirúrgica.
- **Tiempo quirúrgico:** Se considera a la cantidad tiempo en el que dura la operación quirúrgica.
- **Tiempo de hospitalización:** Se considera el tiempo transcurrido desde su ingreso a emergencia hasta su salida del hospital.

CAPITULO III: VARIABLES

3.1 VARIABLES

Las principales variables a ser investigadas en este estudio son las siguientes:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

1. Existencia de premedicación
2. Demora intrahospitalaria
3. Demora pre hospitalaria
4. Tiempo quirúrgico
5. Profilaxis antibiótica
6. Edad
7. Genero
8. Hallazgos patológicos - macroscópicos
9. Tiempo de hospitalización

VARIABLES DEPENDIENTES:

1. Apendicitis aguda complicada
2. Complicaciones post operatorias

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó un estudio de tipo Observacional, Analítico, transversal y retrospectivo con la aplicación de una ficha de recolección de datos de historias clínicas en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero-julio del 2016.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Según el alcance: Analítico
- Según la estrategia: Observacional
- Según la secuencia: Transversal
- Según el tiempo de ocurrencia: Retrospectivo

4.3 POBLACION Y MUESTRA

- **Universo de estudio:** Estuvo conformado por la totalidad de pacientes registrados en el libro de Sala de Operaciones (SOP) del Hospital Nacional Hipólito Unanue en total y corroborados en el libro de registros de pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico post operatorio de Apendicitis Aguda y que ingresaron por el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue durante los meses de Enero – Julio del 2016 y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión planteados.

- **Tipo de Muestreo:** Aleatorio Simple
- **Tamaño de la muestra:** El tamaño muestral calculado fue de 208 pacientes, determinado por la fórmula para estudio., con un nivel de confianza de 95%, con un porcentaje de error de 5% un tamaño poblacional de 428 pacientes y una distribución de las respuestas de 50%.

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

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados). N=428

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. En este caso k=1.96

e: es el error muestral deseado (e=5%)

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. (P=0,5)

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p. (q=0,5)

n: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Reemplazando valores tendríamos como resultado: n: 203, sin embargo ese sería el mínimo valor para que sea significativo, en el trabajo se usó una muestra de 208 pacientes

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión y exclusión

- Pacientes de 15 a 90 años.
- Pacientes atendidos en Tópico de Cirugía General – Emergencia Del Hospital Nacional Hipólito Unanue con diagnóstico de apendicitis aguda durante los meses Enero -Julio 2016

Criterios de exclusión

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes con tiempo de enfermedad o inicio de enfermedad dudoso.
- Pacientes inmunodeprimidos.
- Pacientes con retraso mental o demencia.
- Pacientes gestantes.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos; la cual fue previamente revisada por los cirujanos del servicio de Cirugía General. La ficha fue llenada por el investigador, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados para el presente estudio.
- Las fichas que no se encuentren registradas adecuadamente no fueron consideradas para la investigación.

- Para realizar la presente investigación se realizó las coordinaciones con la oficina de apoyo a la docencia y la investigación y con los jefes del Departamento de Cirugía y del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue respectivamente.
- Una vez obtenidas las autorizaciones se procedió a buscar la información día por día de los pacientes atendidos en emergencia que presentaron Síndrome doloroso abdominal revisando el cuaderno de atención que se encuentra en el tope de Cirugía, identificados los pacientes, Se realizara un seguimiento a los pacientes apendicetomizados durante los meses Enero - Julio del 2016, Para los meses de junio y julio se se pudo tener un control estricto de los pacientes. Por lo que se pudo evaluar su evolución (historia clínica, reporte operatorio hasta la Alta médica). Para los pacientes atendidos en los meses de enero- mayo se procedió a coordinar con el personal de la oficina de estadística e informática para determinar los procesos para la revisión de las historias clínicas, de aquellos pacientes que fueron operados por apendicitis aguda durante ese periodo.
- Se realiza el seguimiento de dicha historia clínica con la finalidad de identificar si cumple el criterio de caso o el de control y los criterios de inclusión y exclusión; se le asignó un número de orden en la categoría que corresponda (grupo caso o grupo control); mas no se trabajó con el número de historia clínica ni con el nombre/apellido del paciente en la ficha de recolección de datos, de esa manera se protegerá la confidencialidad del paciente.
- Identificadas las historias clínicas del grupo de los casos y las historias clínicas del grupo control se procedió a identificar las variables de estudio propuesta para la presente investigación; una vez identificadas las variables de estudio, se anotó en la ficha de recolección de datos elaborada para la presente investigación.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron análisis en medidas de frecuencia, porcentajes, promedios y desviación estándar.

Para el procesamiento de datos se utilizó:

- Codificación de los datos.
- Elaboración de base de informaciones y datos.
- Representación en gráficos, tablas, etc.

De manera inicial, se empleó un análisis descriptivo de la población general y luego asociando variables independientes con las dependientes.

Para determinar la intensidad de asociación entre las variables dependiente e independiente, se utilizó la estimación del riesgo mediante el Odds Ratio (OR). Todas las comparaciones se realizaron con un nivel de confianza al 95% y un grado de error de 0.05%. Para el procesamiento de datos se utilizara el Software SPSS versión 22

4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN.

Las historias clínicas fueron revisadas exclusivamente con fines de investigación y la información obtenida de las historias es de carácter confidencial, no revelando la identidad u otra información personal de los pacientes.

Para la ejecución del trabajo de investigación, previamente se solicitó el permiso pertinente a la dirección general y al comité Ético y Metodológico del Hospital Nacional Hipólito Unanue, quienes revisaron el proyecto del presente trabajo de investigación y aprobaron la ejecución del mismo, brindando al autor de la tesis, las facilidades ya autorizaciones necesarias en los servicios correspondientes.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUCIONES

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

En primera instancia mostrare una serie de tablas donde mostrare las características generales de las muestras con ello se podrá observar lo siguiente:

Según la tabla N°1 que se observa a continuación se puede observar que el promedio de edad de la población en estudio es de 32,04 años con un mínimo de 15 años y un máximo de 87 años para la muestra estudiada, así mismo si vemos las otras variables cuantitativas observamos que el promedio de demora pre hospitalaria es de 23,79 horas con un mínimo de 2 horas y un máximo de 96 horas, en relación a Demora intrahospitalaria encontramos una media de 7,4 horas (444,51 minutos) con un mínimo de 2,08 horas (125 min) y un máximo de 18,05 horas. En relación al tiempo quirúrgico se observa una media de 55,16 minutos con un mínimo de 15 minutos y un máximo de 145 minutos Por ultimo observamos que el tiempo de hospitalización promedio en la muestra obtenida es de 3,69 días con un mínimo de 1,4 días y un máximo de 17,4 días de estancia hospitalaria.

TABLA N°1 Características generales de la muestra, variables cuantitativas

Variable	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar	N
Edad (años)	32,04	15	87	14,42	208
<i>Demora Pre hospitalaria (horas)</i>	23,79	2	96	21,58	208
<i>Demora Intrahospitalaria (minutos)</i>	444,51	125	1083	195,86	208
<i>Tiempo quirúrgico (minutos)</i>	55,16	15	145	24,97	208
<i>Tiempo de Hospitalización (Días)</i>	3,69	1,4	17,4	2,36	208

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

TABLA N°2: FRECUENCIA DE SINTOMAS EN APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL

VARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor abdominal agudo	SI	208	100%
	NO	0	0%
Sensación de alza térmica	SI	43	20,7%
	NO	165	79,3%
Nauseas	SI	141	67,8%
	NO	67	32,2%
Vómitos	SI	91	43,8%
	NO	117	56,3%
Diarrea	SI	14	6,7%
	NO	194	93,3%
Estreñimiento	SI	4	1,9%
	NO	204	98,1%
Hiperoxia	SI	58	27,9%
	NO	150	72,1%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

En esta tabla evaluamos los signos y síntomas principales que nos ayudan al diagnóstico de apendicitis aguda, podemos ver que el síntoma principal es Dolor abdominal agudo y tiene una frecuencia en la muestra estudiada de 100%, es decir

todos los pacientes en este estudio tuvieron este síntoma. Además observamos que 141 personas que equivale al 67.8% presento nauseas, 91 personas (43,8%) presento vómitos, 58 personas (27,9%) presento hiperoxia, 43 personas que equivalen a 20,7% de la muestra presentaron Sensación de alza térmica, y solo 4 personas de la muestra (1,9%) presentaron estreñimiento siendo este por lo tanto el síntoma que menos presentaron la personas del estudio.

TABLA N°3: FRECUENCIA DE PACIENTES QUE RECIBIERON PROFILAXIS ANTIBIOTICA

VARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Profilaxis ATB	SI	17	8,2%
	NO	191	91,8%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

En la tabla se observa que solo un 8.2% de la muestra que equivale a 17 personas recibieron profilaxis antibiótica mientras que el 91,8% que equivale a 191 personas no recibieron profilaxis antibiótica.

TABLA N°4: FRECUENCIA DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

VARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Apendicitis aguda complicada	SI	104	50%
	NO	104	50%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

En la tabla mostrada se puede observar que de la muestra seleccionada 104 personas que equivale a un 50% presentaron apendicitis aguda complicada, mientras que un 50% (104 personas) no presentaron apendicitis aguda complicada durante la operación.

TABLA N°5: INCIDENCIA EN LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS

VARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hallazgos patológicos macroscópicos	Catarral	32	15,4%
	Flemonosa	73	35,1%
	Gangrenosa	36	17,3%
	Perforada	67	32,2%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

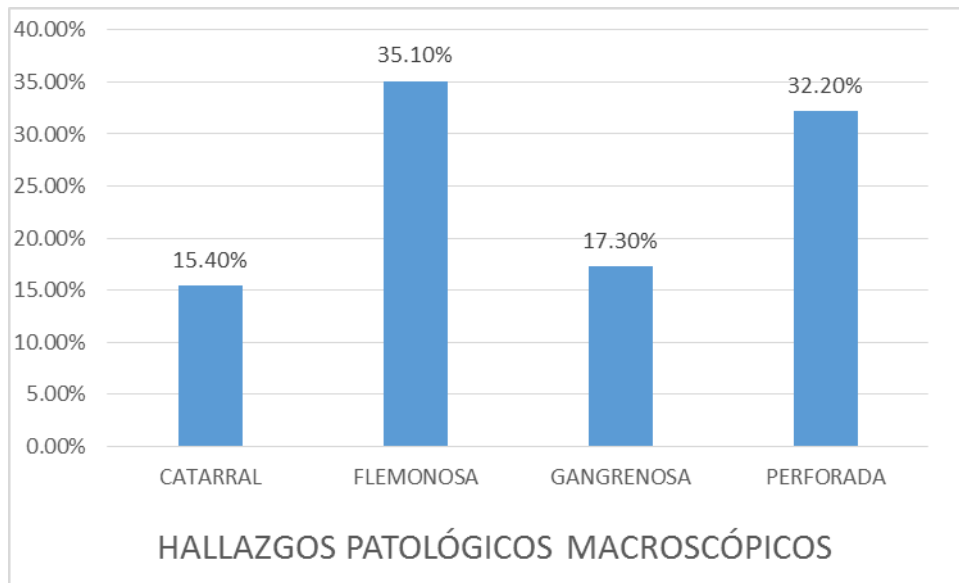


Gráfico N°1 Distribución por frecuencias de hallazgos patológicos y macroscópicos

En la tabla mostrada podemos ver que las fases de la apendicitis; Catarral, flemonosa, gangrenosa y perforada donde podemos ver que del grupo estudiado hay una mayor incidencia de apendicitis perforada con 67 personas que equivale a un 32,2% del total de la población estudiada, luego continua la apendicitis flemonosa con 73 personas que representa a un 35% de la muestra, le sigue la apendicitis gangrenosa con 36 personas que representan un 17,3% de la muestra por último y con la menor incidencia esta la apendicitis catarral que representa a un 15,4% de la muestra.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

TABLA N°6: PRINCIPALES COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

VARIABLE	INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección de herida operatoria	SI	42	20,2%
	NO	166	79,8%
Ilio adinámico	SI	22	10,6%
	NO	186	89,4%
Hemorragia	SI	1	0,5%
	NO	207	99,5%
Evisceración	SI	0	0
	NO	208	100%
Fistula estercoracea	SI	1	0,5%
	NO	207	99,5%
Complicaciones Post operatorias	SI	51	24,5%
	NO	157	75,5%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

En la siguiente tabla lo primero que debemos tener en cuenta es que la incidencia de complicaciones post operatorias es de 51 personas que equivale al 24,5% de la muestra mientras que 157 personas que equivale al 75% de la muestra no tuvo ninguna complicación postoperatorio.

Ahora hablando de las principales complicaciones post operatorias podemos decir según la tabla expuesta es que la principal complicación es la infección de herida operatoria con un 20% de la muestra, le siguen ilio adinámico con 10.6%, hemorragia y fistula Estercorácea solo representan un 0,5% mientras que la evisceración no se presentó en ninguno de los casos expuestos.

CARACTERISTICAS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS

En las siguientes tablas se mostraran las características tanto de las variables cuantitativas y cualitativas respectivamente en los pacientes que tienen como diagnostico apendicitis aguda complicada y las que no tienen dicho diagnostico

Tabla N° 7 : Características generales de las variables cuantitativas

Variable	SI APENDICITIS AGUDA COMPLICACIONES (AAC)				NO APENDICITIS AGUDA COMPLICADA (AANC)			
	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar
Edad (años)	32,11	16	65	13,10	31,98	15	87	14,42
Demora pre hospitalaria (horas)	30,91	4	96	23,05	16,67	2	96	17,39
Demora intrahospitalaria (minutos)	453,79	125	1083	207,61	435,24	157	923	183,92
Tiempo quirúrgico	70,34	30	145	24,36	39,99	15	80	13,79
Tiempo de hospitalización (días)	4,91	1,9	17,4	2,40	2,471	1,4	16,4	1,58

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

En la tabla N°7 se observan las características generales de los pacientes con AAC y sin AAC, según variables cuantitativas. Con respecto a la edad para el grupo AAC, la media fue de 32.11 años, siendo el mínimo 16 años y el máximo 65 años, con una desviación estándar de 13.1; para el grupo AANC la media fue de 31.98 años, siendo el mínimo 15 años y el máximo 87 años, con una desviación estándar de 14.42.

En relación a la demora pre-hospitalaria el grupo AAC tiene una media de 30.91 horas, con un mínimo de 4 horas y máximo de 96 horas, desviación estándar de 23.05; para el AANC la media fue 16.67 horas, con un mínimo de 2 horas y máximo de 96 horas, desviación estándar 17.39. Para la variable demora intrahospitalaria, en el grupo AAC, se encontró una media de 453.79 minutos, con un mínimo de 125 minutos y máximo de 1083 minutos, desviación estándar 207.61; el grupo AANC presento una media de 435.24, con un mínimo de 157 minutos y máximo de 923 minutos, desviación estándar de 183.92. Además tenemos con respecto al tiempo quirúrgico, el grupo de AAC presento una media de 70,34 minutos con un mínimo de 30 minutos y un máximo de 145 minutos para una desviación estándar de 24,36; el grupo AANC presento una media de 39.99 con un mínimo de 15 minutos y un máximo de 80 minutos y una desviación estándar de 13.79. Por ultimo para hablar de Tiempo de hospitalización veremos que en los AAC el tiempo promedio fue de 4.91 días con un mínimo de 1.9 días y un máximo de 17.4 días con una desviación estándar de 2.39, además de ello en los AANC se evidencia un promedio de 2.47 días con un mínimo de 1.4 y un máximo de 16.4 y presenta como desviación estándar 1.58.

GRUPO ETARIO

TABLA N°8: Distribución por frecuencias de rango de edades

		Frecuencia	Porcentaje
RANGO DE EDADES (años)	15-30	122	58,7%
	31-45	47	22,6%
	46-60	27	13,0%
	>60	12	5,8%
	Total	208	100,0%

Fuente: INICIB - FAMURP / HNHU

En la siguiente tabla podemos observar los diferentes rangos de edad y cuál es la frecuencia de ellos en la muestra poblacional, podemos observar que 122 personas que representan el 58.7% del total se encuentran en el rango de 15-30 años, continua con 47 personas equivalentes a 22,6% se van a encontrar en un rango de 31-45 años , Además 27 personas que equivalen a 13% se encuentran en el rango de 46-60 años y por ultimo hay 12 casos que equivalen a un 5,8% que se encuentra en el rango de más de 60 años.

Tabla N°9 : Apendicitis aguda complicada durante la operación y su relación con el grupo etario en los pacientes apendicectomizados en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

INCIDENCIA DE A.A.C DE ACUERDO AL GRUPO ETARIO		Apendicitis aguda complicada		Total	
		si	no		
EIDADES POR RANGO	< 30 años		62	60	122
			59,6%	57,7%	58,7%
	>30 años		42	44	86
			40,4%	42,3%	41,3%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

Tabla N°10: Asociación entre apendicitis aguda complicada vs edad.

	VALOR			OR	VALOR	IC	
	X ²	G.L	P			INFERIOR	SUPERIOR
Edad	0.079	1	0.778	OR	1.083	0.623	1.88

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

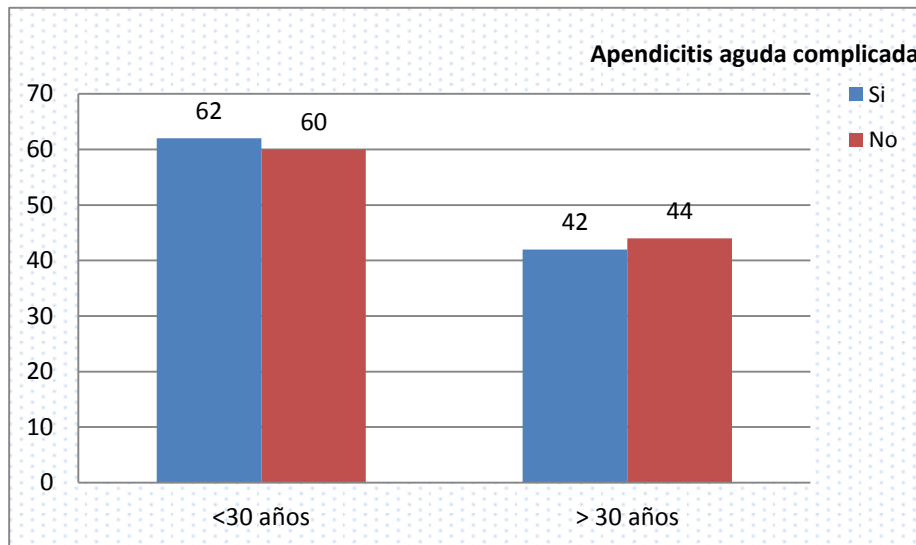


Gráfico N°2 Distribución por frecuencias de AAC (edades)

En la presente tabla N°9 se puede observar que del total de pacientes que presentaron apendicitis aguda complicada durante el tratamiento quirúrgico 59,6% corresponde a la edad menor de 30 años y 40,4% corresponde a la edad de mayores de 30 años; en tanto del total de pacientes sin diagnóstico de apendicitis aguda complicada durante la operación 57,7% corresponde a la edad menor a 30 años y 42,3% corresponde a la edad de mayores de 30 años. Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 0,079 con un P valor 0.778, siendo este valor $p > 0.05$, se concluye que no existe diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el diagnóstico de apendicitis aguda complicada intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

El análisis de riesgo de edad nos da un valor de OR de 1.083 (IC 95% 0.623-1.88), hallando que la razón entre los rangos de edad analizados con Apendicitis aguda complicada vs rangos de edad analizados no diagnosticados de apendicitis aguda complicada es 1.083 veces en pacientes menores de 30 años; constituyendo un factor de riesgo. Esta asociación no es estadísticamente significativa.

GENERO

Tabla N° 11: Apendicitis aguda complicada durante la operación y su relación con el Género en los pacientes apendicectomizados en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-julio 2016

		Apendicitis aguda complicada		Total
		si	no	
GÉNERO	M	68 65,4%	50 48%	118
	F	36 34,6%	54 52%	90

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

Tabla N°12: Asociación entre apendicitis aguda complicada vs Género

	VALOR				IC		
	X ²	G.L	P	OR	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
Género	6,346	1	0.012	OR	2.040	1.168	3.564

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

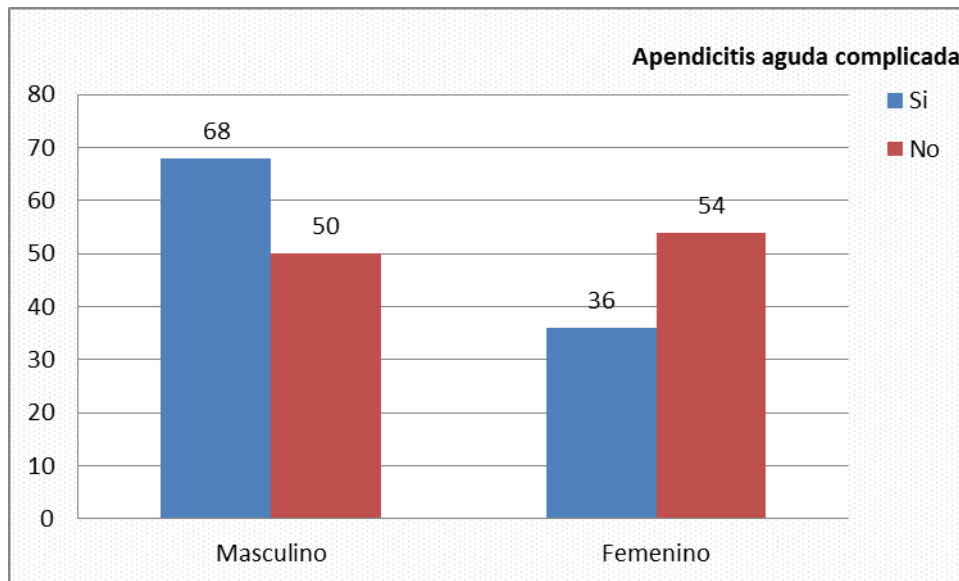


Gráfico N°3: Diagnostico de Apendicitis aguda complicada según género en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la tabla N°11 se puede observar que del total de pacientes que presentaron apendicitis aguda complicada durante el tratamiento quirúrgico 68 casos corresponde al género masculino siendo un porcentaje de 65,4% y 36 casos al género femenino siendo un 34,6%; en tanto del total de pacientes sin diagnóstico de apendicitis aguda complicada durante la operación es de 50 casos del género masculino (48%) y 54 casos del género femenino (52%).

En la tabla N°12 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 6,346 con un P valor 0.12, siendo este valor $p > 0.05$, se concluye que no existe diferencias estadísticamente significativas entre el género y el diagnóstico de apendicitis aguda complicada intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En relación a la asociación entre sexo masculino/ femenino y las conversiones se encontró un OR de 2.040 (IC 95% 1.168-3.564) hallando que la razón entre Género

con diagnóstico de apendicitis aguda complicada vs Genero no diagnosticado de apendicitis aguda complicada es 2,083 veces en Masculinos que en femeninos, constituyendo un factor de riesgo. Esta asociación es estadísticamente significativa.

DEMORA PRE HOSPITALARIA

Tabla N°13: Apendicitis aguda complicada durante la operación y su relación con la Demora pre hospitalaria en los pacientes apendicectomizados en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipolito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

TABLA N° 13: Demora pre hospitalaria vs Apendicitis aguda complicada					
			Apendicitis aguda complicada		Total
			si	no	
DEMORA PRE HOSPITALARIA (HORAS)	<48 horas	Recuento	89	100	189
		%	85,6%	96,2%	90,9%
	>48 horas	Recuento	15	4	19
		%	14,4%	3,8%	9,1%
Total		Recuento	104	104	208
		%	100,0%	100,0%	100,0 %

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

TABLA N°14 Asociación entre apendicitis aguda complicada vs Demora pre hospitalaria

	VALOR					IC	
	X ²	G.L	P	OR	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
Demora pre hospitalaria	7,009	1	0.008	OR	0.237	0.076	0.742

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

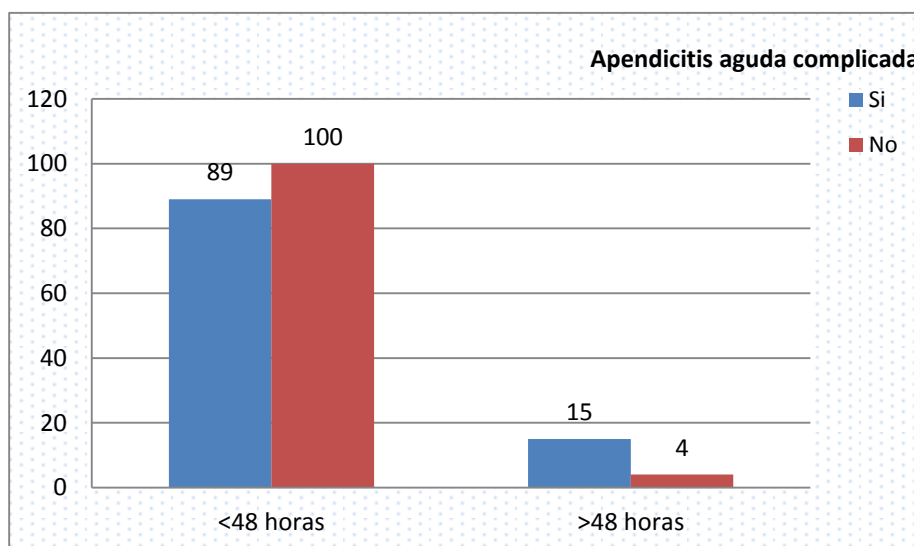


Gráfico N°4: Diagnostico de Apendicitis aguda complicada según Demora pre hospitalaria (horas) en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la presente tabla N°13 se puede observar que del total de pacientes que presentaron apendicitis aguda complicada durante el tratamiento quirúrgico 85,6% tubo una demora pre hospitalaria menor de 48 horas mientras un 14,4% corresponde a una demora pre hospitalaria mayor a 48 horas; en tanto del total de pacientes sin diagnóstico de apendicitis aguda complicada durante la operación el

96,2% tubo una demora pre hospitalaria menor de 48 horas mientras un 3,8 % corresponde a una demora pre hospitalaria mayor a 48 horas.

En la Tabla N°14 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 7,009 con un P valor 0.008, siendo este valor $p < 0.05$, se concluye que si existe relación estadísticamente significativas entre la Demora pre hospitalaria y el diagnóstico de apendicitis aguda complicada intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Demora pre hospitalaria nos da un valor de OR de 0.237 (IC 95% 0.076-0.742), hallando que la razón entre los rangos de horas en la Demora pre hospitalaria analizados con Apendicitis aguda complicada vs rangos de horas en la Demora pre hospitalaria no diagnosticados de apendicitis aguda complicada es 0.237 veces en pacientes con rango menor de 48 horas; constituyendo un factor protector. Esta asociación es estadísticamente significativa.

PREMEDICACION

Tabla N° 15: Pre medicación en los pacientes apendicectomizados y su relación con la Apendicitis aguda complicada durante la operación en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

PRE MEDICACION VS APENDICITIS AGUDA COMPLICADA					
			Apendicitis aguda complicada		Total
			si	no	
Pre medicación	s	Recuento	59	26	85
		%	56,7%	25,0%	40,9%
	n	Recuento	45	78	123
		%	43,3%	75,0%	59,1%
Total		Recuento	104	104	208
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

TABLA N°16: Asociación entre apendicitis aguda complicada vs Pre medicación

	VALOR				IC		
	X ²	G.L	P	OR	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
Pre medicación	21.665	1	0.001	OR	3.933	2.182	7.092

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

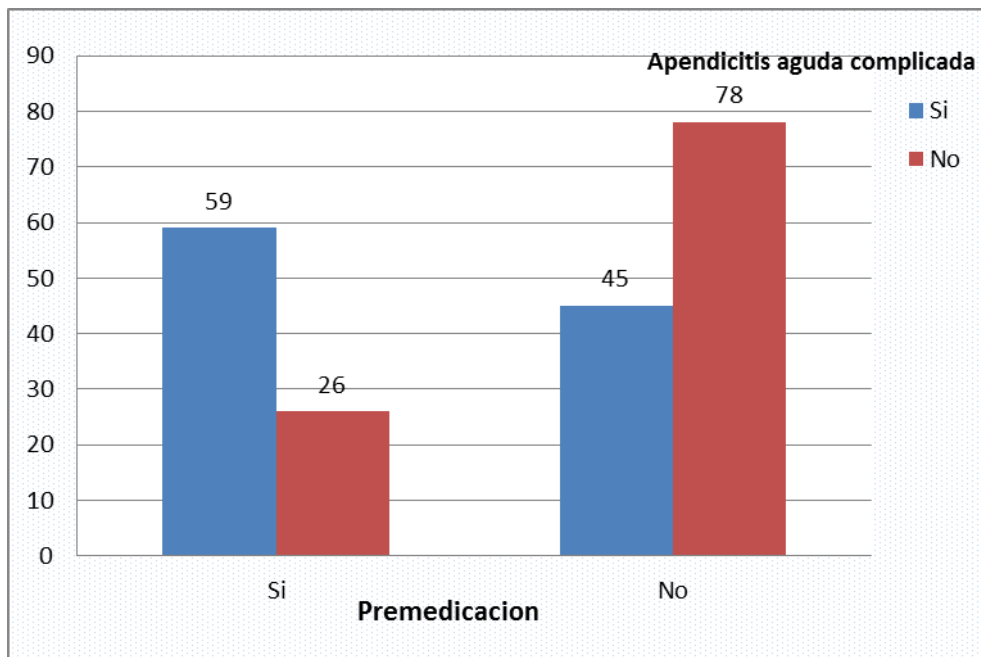


Gráfico N°4: Diagnostico de Apendicitis aguda complicada según Pre medicación en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la tabla N°15 se puede observar que del total de pacientes que presentaron apendicitis aguda complicada durante el tratamiento quirúrgico un 56,7% uso pre medicación y 43,3% no tubo pre medicación; en tanto del total de pacientes sin diagnóstico de apendicitis aguda complicada durante la operación un 25% uso pre medicación y un 75% no tubo pre medicación.

En la tabla N°16 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 21.665 con un P valor 0.001, siendo este valor $p < 0.05$, se concluye que si existe relación estadísticamente significativas entre la pre medicación y el diagnóstico de apendicitis aguda complicada intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipolito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Pre medicación nos da un valor de OR de 3.933 (IC 95% 2.182-7.092), hallando que la razón entre pre medicación con Apendicitis aguda complicada vs pre medicación no diagnosticados de apendicitis aguda complicada es 3.933 veces en pacientes con apendicitis aguda complicada

que tuvieron pre medicación en comparación a los no diagnosticados con apendicitis aguda complicada; constituyendo un factor de riesgo. Esta asociación es estadísticamente significativa.

DEMORA INTRA HOSPITALARIA

Tabla N° 17: Demora intrahospitalaria en los pacientes apendicectomizados y su relación con la incidencia de Apendicitis aguda complicada durante la operación en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo enero-julio 2016

DEMORA INTRAHOSPITALARIA VS APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

			Apendicitis aguda complicada		Total
			Si	no	
DEMORA INTRA HOSPITALARIA	<420 (min)	Recuento %	57 54,8%	54 51,9%	111 53,4%
	>420 (min)	Recuento %	47 45,2%	50 48,1%	97 46,6%
Total		Recuento %	104 100,0%	104 100,0%	208 100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

TABLA N°18: Asociación entre Apendicitis aguda complicada vs Demora intrahospitalaria

	VALOR			OR	VALOR	IC	
	X ²	G.L	P			INFERIOR	SUPERIOR
Demora intrahospitalaria	0.174	1	0.677	OR	1.123	0.651	1.937

Fuente: Propia, ficha de recolección de datos

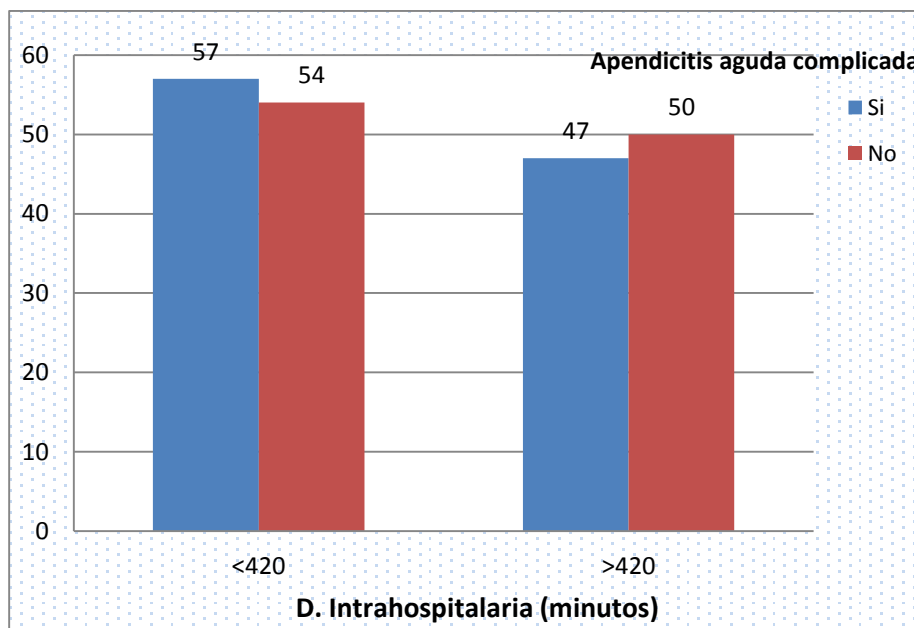


Gráfico N°4: Diagnostico de Apendicitis aguda complicada según Demora intrahospitalaria en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la presente tabla N°17 se puede observar que del total de pacientes que presentaron apendicitis aguda complicada durante el tratamiento quirúrgico 54,8% tubo una demora intrahospitalaria menor a 420 minutos mientras un 45,2%

corresponde a una demora intrahospitalaria mayor a 420 min; en tanto del total de pacientes sin diagnóstico de apendicitis aguda complicada durante la operación el 51.9% tubo una demora intrahospitalaria menor a 420 minutos mientras un 48,1% corresponde a una demora intrahospitalaria mayor a 420 min.

En la Tabla N°18 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 0.174 con un P valor 0.677, siendo este valor $p > 0.05$, se concluye que no existe relación estadísticamente significativas entre la Demora intrahospitalaria y el diagnóstico de apendicitis aguda complicada intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Demora pre hospitalaria nos da un valor de OR de 1.123 (IC 95% 0.651-1.937), por lo tanto al obtener un OR mayor a 1 no existe una tendencia de asociación entre los rangos de minutos en la Demora intrahospitalaria analizados con Apendicitis aguda complicada vs rangos de minutos en la Demora intrahospitalaria no diagnosticados de apendicitis aguda Cabe resaltar que esta asociación no es estadísticamente significativa.

PROFILAXIS ANTIBIOTICA

Tabla N° 19: Profilaxis antibiótica en los pacientes apendicectomizados y su relación con la incidencia de Apendicitis aguda complicada durante la operación en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

			Apendicitis aguda complicada		Total
			si	no	
Profilaxis antibiótica	si	Recuento %	9 8,7%	8 7,7%	17 8,2%
	no	Recuento %	95 91,3%	96 92,3%	191 91,8%
Total		Recuento %	104 100,0%	104 100,0%	208 100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

Tabla N° 20: Tabla N°22: Asociación entre Apendicitis aguda complicada vs profilaxis antibiótica.

	VALOR	G.L	P	OR	VALOR	IC	
	X ²					INFERIOR	SUPERIOR
Profilaxis antibiótica	0.064	1	0.800	OR	1.137	0.421	3.071

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

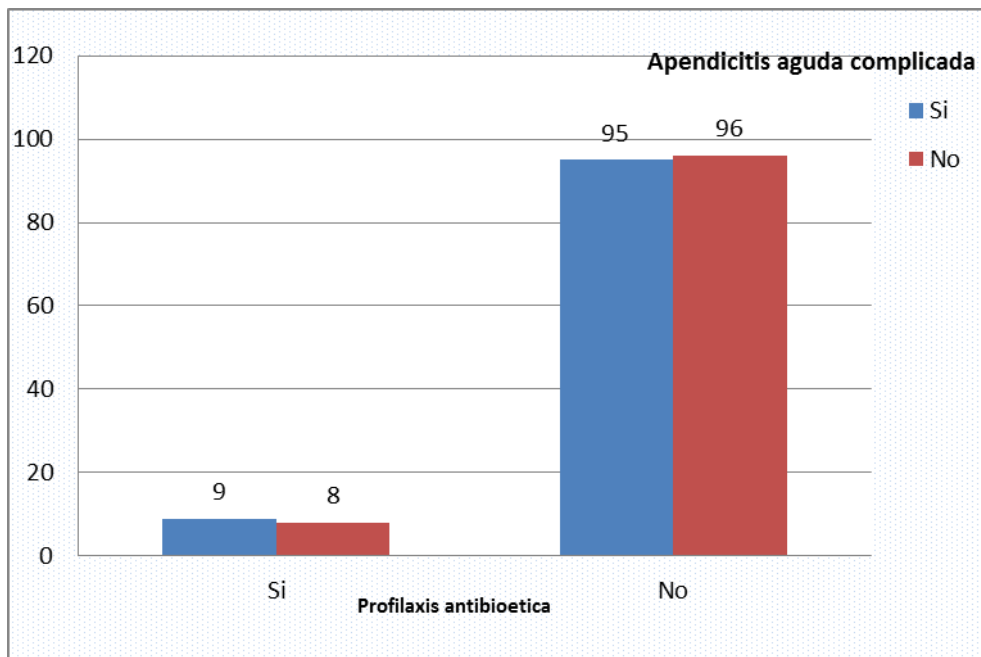


Gráfico N°5: Diagnostico de Apendicitis aguda complicada según Profilaxis antibiótica en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la tabla N°19 se puede observar que del total de pacientes que presentaron apendicitis aguda complicada durante el tratamiento quirúrgico un 8,7% uso profilaxis antibiótica y 91.3% no tubo profilaxis antibiótica; en tanto del total de pacientes sin diagnóstico de apendicitis aguda complicada durante la operación un 7.7% uso profilaxis antibiótica y 92.3% no tubo profilaxis antibiótica En la tabla N°16 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 21.665 con un P valor 0,800 siendo este valor $p > 0.05$, se concluye que no existe relación estadísticamente significativas entre la pre medicación y el diagnóstico de apendicitis aguda complicada intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Pre medicación nos da un valor de OR: 1,137 (IC 95% 0,421-3,071), hallando que la razón entre pre medicación con Apendicitis aguda complicada vs pre medicación no diagnosticados de apendicitis aguda complicada es 1,137 veces en pacientes con apendicitis aguda complicada

que tuvieron pre medicación en comparación a los no diagnosticados con apendicitis aguda complicada; constituyendo un factor de riesgo. Esta asociación no es estadísticamente significativa.

TIEMPO QUIRURGICO

Tabla N° 21: Tiempo quirúrgico en los pacientes apendicectomizados y su relación con la incidencia de Apendicitis aguda complicada durante la operación en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipolito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

			Apendicitis aguda complicada		Total
			si	no	
Rango del tiempo quirurgico	< 60 min	Recuento %	57 54,8%	101 97,1%	158 76,0%
	> 60 min	Recuento %	47 45,2%	3 2,9%	50 24,0%
Total		Recuento %	104 100,0%	104 100,0%	208 100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

Tabla N°22: Asociación entre Apendicitis aguda complicada vs Tiempo quirúrgico

	VALOR			OR	VALOR	IC	
	X ²	G.L	P			INFERIOR	SUPERIOR
T.Qx	50.973	1	0.001	OR	0.036	0.011	0.121

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

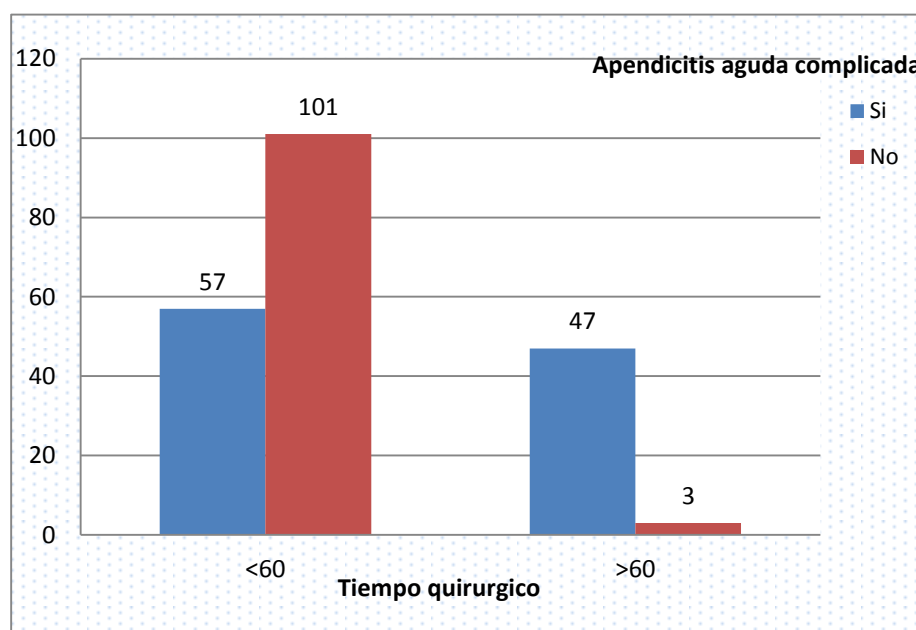


Gráfico N°6: Diagnostico de Apendicitis aguda complicada según Tiempo quirúrgico en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la tabla N°21 se puede observar que del total de pacientes que presentaron apendicitis aguda complicada durante el tratamiento quirúrgico un 54,8% presento un rango de tiempo quirúrgico menor a 60 años y 45,2% presento un rango mayor de 60 años; en tanto del total de pacientes sin diagnóstico de apendicitis aguda complicada durante la operación un 97,1% presento un rango de tiempo quirúrgico menor a 60 años mientras que el rango de mayor a 60 años se presentó en el 2,9%. En la tabla N°22 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 50.973 con un P valor 0.001, siendo este valor $p < 0.05$, se concluye que si existe relación estadísticamente significativas entre el tiempo quirúrgico y el diagnóstico de apendicitis aguda complicada intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Pre medicación nos da un valor de OR de 0.036 (IC 95% 0.011-0.121), hallando que la razón entre tiempo quirúrgico con Apendicitis aguda complicada vs tiempo quirúrgico no diagnosticados de apendicitis aguda complicada es 0.036 veces en pacientes con apendicitis aguda complicada que tuvieron tiempo quirúrgico de menor a 60 minutos; constituyendo un factor protector. Esta asociación es estadísticamente significativa.

RELACIONES DE VARIABLES CON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Tabla N° 23: Pre medicación en los pacientes apendicectomizados y su relación con las complicaciones post operatorias en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016.

			complicaciones post operatorias		Total
			SI	NO	
Pre medicación	si	Recuento	28	57	85
		%	57,1%	35,8%	40,9%
	no	Recuento	21	102	123
		%	42,9%	64,2%	59,1%
Total		Recuento	49	159	208
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

Tabla N°24: Asociación entre pre medicación y Complicaciones post operatorias

	VALOR				VALOR	IC	
	X ²	G.L	P	OR		INFERIOR	SUPERIOR
Pre medicación	7,028	1	0.008	OR	2,386	1,243	4,580

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

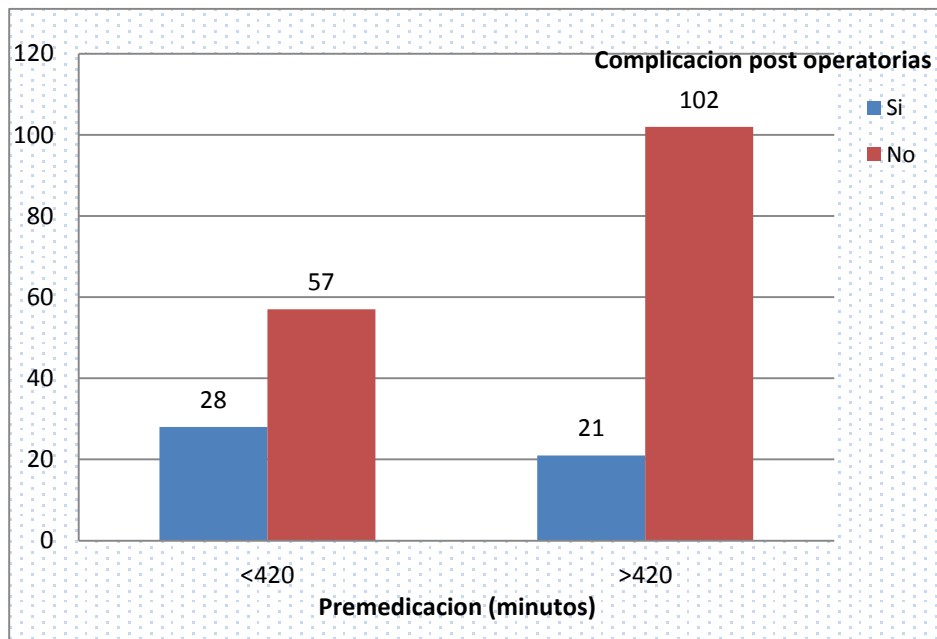


Gráfico N°7: Relacion entre Pre medicación y complicaciones post operatorias en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la tabla N°23 se puede observar que del total de pacientes que presentaron complicaciones post operatorias después del tratamiento quirúrgico un 57,1% uso pre medicación y 42,9% no tubo pre medicación; en tanto del total de pacientes que no tuvieron complicaciones post operatorias después del tratamiento quirúrgico un 35,8% uso pre medicación y 64,2% no tubo pre medicación.

En la tabla N°24 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 7,028 con un P valor 0.008, siendo este valor $p < 0.05$, se concluye que si existe relación estadísticamente significativas entre la pre medicación y las complicaciones post operatorias de los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipolito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Pre medicación nos da un valor de OR de 2,386 (IC 95% 1,243-4,580), hallando que la razón entre pre medicación con complicaciones post operatorias de la apendicetomía vs pre medicación que no presentaron complicaciones post operatorias es 2,386. Queriendo decir que la pre

medicación es un factor de riesgo para que se den complicaciones post operatorias en los pacientes apendicectomizados. Tener en cuenta que el valor es significativamente estadístico.

RELACIONES DE VARIABLES CON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Tabla N° 25: Relación entre la Demora pre hospitalaria en los pacientes apendicectomizados con las complicaciones post operatorias en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

			complicaciones post operatorias		Total
			SI	NO	
Demora pre hospitalaria	<48 horas	Recuento %	35 71,4%	154 96,9%	189 90,9%
	>48 horas	Recuento %	14 28,6%	5 3,1%	19 9,1%
Total		Recuento %	49 100,0%	159 100,0%	208 100,0%

Fuente: Propia, ficha de recolección de datos

Tabla N°26: Asociación entre Demora pre hospitalaria y Complicaciones post operatorias

	VALOR			OR	VALOR	IC	
	X ²	G.L	P			INFERIOR	SUPERIOR
Demora pre hospitalaria	29,176	1	0.001	OR	0.081	0,027	0,240

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

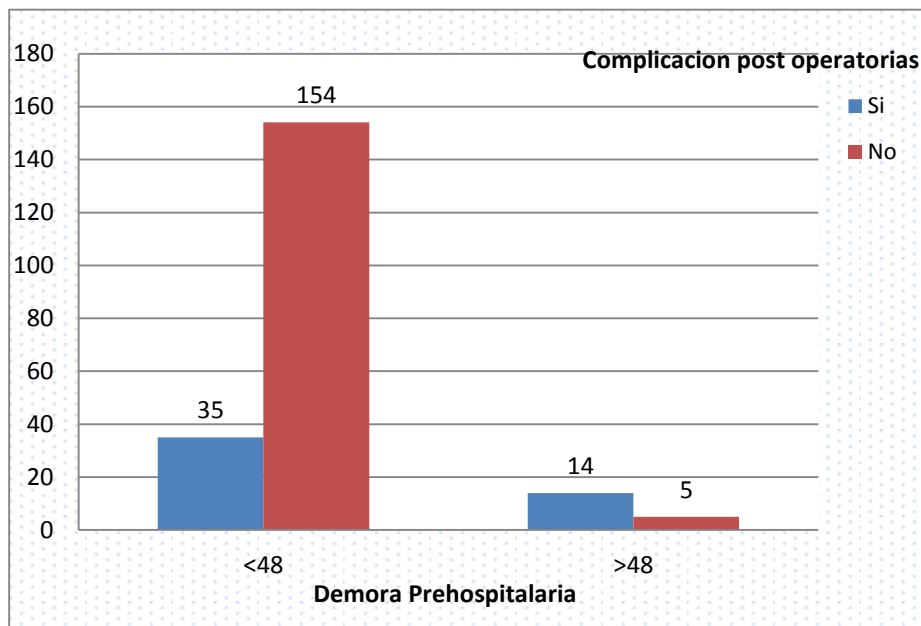


Gráfico N°8: Relación entre Demora Pre hospitalaria y complicaciones post operatorias en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la presente tabla N°25 se puede observar que del total de pacientes apendicetomizados que presentaron complicaciones post operatorias, 71,4% tubo una demora pre hospitalaria menor de 48 horas mientras un 28,6% corresponde a una demora pre hospitalaria mayor a 48 horas; en tanto del total de pacientes apendicetomizados sin complicaciones post operatorias el 96,9% tubo una demora pre hospitalaria menor de 48 horas mientras un 3,1 % corresponde a una demora pre hospitalaria mayor a 48 horas.

En la Tabla N°26 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 29,176 con un P valor 0.001, siendo este valor $p < 0.05$, se concluye que si existe relación estadísticamente significativas entre la Demora pre hospitalaria y las complicaciones post operatorias de los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Demora pre hospitalaria nos da un valor de OR de 0,081 (IC 95% 0.027-0.240), hallando que la razón entre los rangos de horas en la Demora pre hospitalaria analizados con complicaciones post operatorias vs rangos de horas en la Demora pre hospitalaria que no presentaron complicaciones post operatorias es 0,081, por lo que es un factor protector. Esta asociación es estadísticamente significativa.

RELACIONES DE VARIABLES CON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Tabla N° 27: Relación entre el Tiempo intrahospitalario de los pacientes con apendicitis aguda y las complicaciones post operatorias que surgen en ellos en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

DEMORA INTRAHOSPITALARIA		complicaciones post operatorias		Total
		SI	NO	
<420 min	Recuento %	24 49,0%	88 55,3%	112 53,8%
>420 min	Recuento %	25 51,0%	71 44,7%	96 46,2%
Total	Recuento %	49 100,0%	159 100,0%	208 100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

Tabla N°28: Asociación entre Demora Intrahospitalaria y Complicaciones post operatorias

	VALOR				IC		
	X ²	G.L	P	OR	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
Demora intrahospitalaria	0,611	1	0.434	OR	1,259	0,408	1,471

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

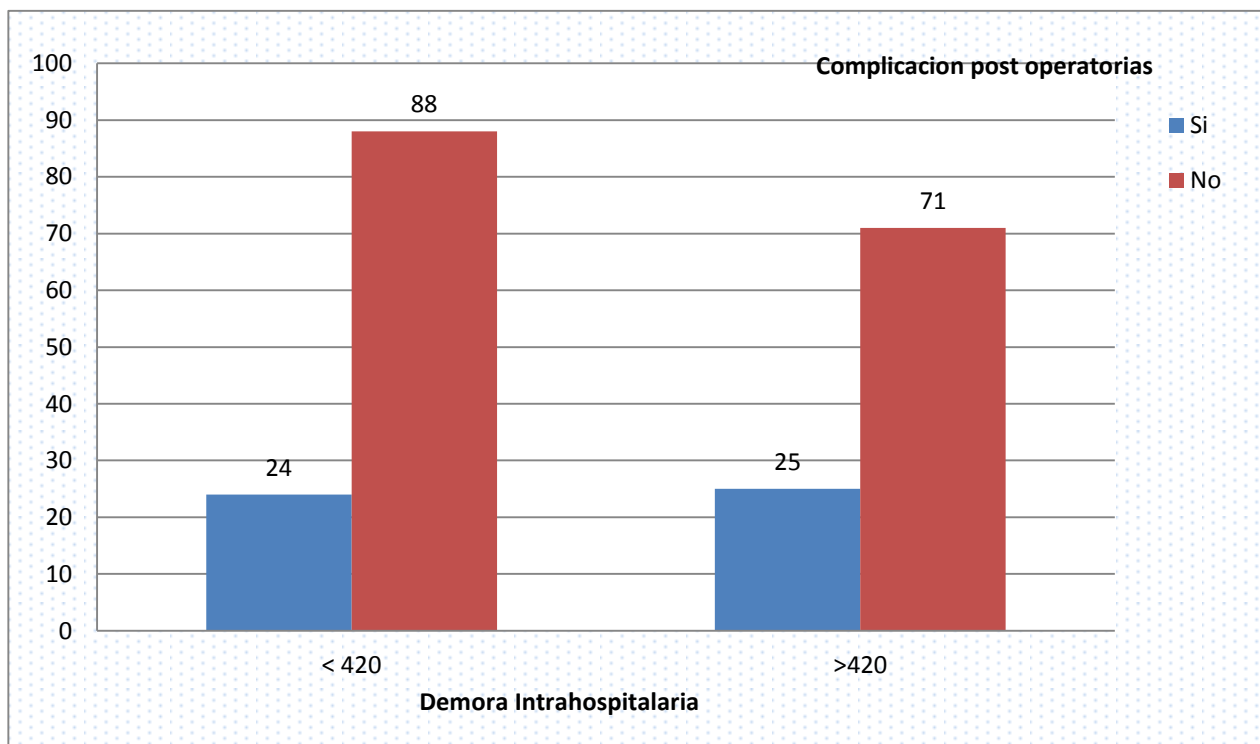


Gráfico N°9: Relación entre Demora Intra hospitalaria y complicaciones post operatorias en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la presente tabla N°27 se puede observar que del total de pacientes apendicetomizados que presentaron complicaciones post operatorias, 49% tubo una demora Intrahospitalaria menor a 420 minutos mientras un 51% corresponde a una demora pre hospitalaria mayor a 420 minutos; en tanto del total de pacientes apendicetomizados sin complicaciones post operatorias el 55,3% tubo una demora intrahospitalaria comprendida menor a 420 minutos mientras un 44,7 % corresponde a una demora pre hospitalaria mayor a 420 minutos.

En la Tabla N°28 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 0,611 con un P valor 0.434, siendo este valor $p > 0.05$, se concluye que no existe relación estadísticamente significativas entre la Demora intrahospitalaria y las complicaciones

post operatorias de los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Demora intrahospitalaria nos da un valor de OR de 1,259 (IC 95% 0.408-1,471), hallando que la razón entre los rangos de horas en la Demora intrahospitalaria analizados con complicaciones post operatorias vs rangos de minutos en la Demora intrahospitalaria que no presentaron complicaciones post operatorias es 1,259; constituyendo un factor de riesgo. Cabe destacar que esta asociación no es estadísticamente significativa.

RELACIONES DE VARIABLES CON COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Tabla N° 29: Relación entre la Tiempo quirúrgico en los pacientes apendicectomizados con las complicaciones post operatorias en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

			complicaciones post operatorias		Total
			SI	NO	
Rango del tiempo quirúrgico	< 60 min	Recuento %	14 28,6%	144 90,6%	158 76,0%
	> 60 min	Recuento %	35 71,4%	15 9,4%	50 24,0%
Total		Recuento %	49 100,0%	159 100,0%	208 100,0%

Fuente: Propia, ficha de recolección de datos

Tabla N°30: Asociación entre Tiempo quirúrgico y Complicaciones post operatorias

	VALOR					IC	
	X ²	G.L	P	OR	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
Tiempo quirúrgico	78,838	1	0.001	OR	0,042	0,018	0,094

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

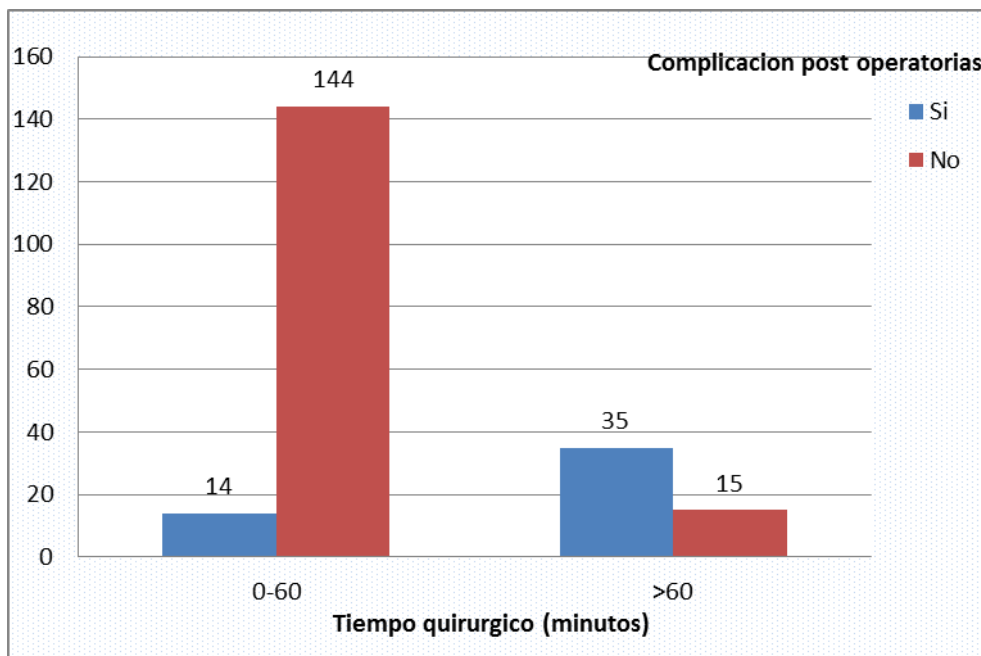


Gráfico N°9: Relación entre Tiempo quirúrgico y complicaciones post operatorias en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la presente tabla N°29 se puede observar que del total de pacientes apendicetomizados que presentaron complicaciones post operatorias, 28,6% tubo un tiempo quirúrgico menor 60 minutos mientras un 71,4% corresponde a un tiempo quirúrgico mayor a 60 minutos; en tanto del total de pacientes apendicetomizados

sin complicaciones post operatorias el 90,6% tubo un tiempo quirúrgico menor a 60 minutos mientras un 9,4% corresponde a un tiempo quirúrgico mayor a 60 minutos.

En la Tabla N°30 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 78,838 con un P valor 0,001, siendo este valor $p < 0.05$, se concluye que si existe relación estadísticamente significativas entre el tiempo quirúrgico y las complicaciones post operatorias de los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Demora intrahospitalaria nos da un valor de OR de 0,042 (IC 95% 0,018- 0,094), hallando que la razón entre los rangos de minutos del tiempo quirúrgico analizados con complicaciones post operatorias vs rangos de minutos en la tiempo quirúrgico que no presentaron complicaciones post operatorias es 0,042, constituyendo un factor protector. Significa que en pacientes cuya operación demora menor a 60 minutos es menos probable de que presente complicaciones post operatorias en comparación con una operación de un rango mayor a 60 minutos. Cabe destacar que esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 31: Relación entre el Tiempo intrahospitalario de los pacientes con apendicitis aguda y el tiempo de hospitalización en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio 2016

			rango de tiempo hospitalario (días)		Total
			0-5	>5	
Demora intrahospitalaria	<420 min	Recuento %	93 55,4%	18 45,0%	111 53,4%
	>420 min	Recuento %	75 44,6%	22 55,0%	97 46,6%
Total		Recuento %	168 100,0%	40 100,0%	208 100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

Tabla N°32: Asociación entre incidencia de Demora intrahospitalaria y tiempo de hospitalización

	VALOR					IC	
	X ²	G.L	P	OR	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
Demora intrahospitalaria	1,393	1	0.238	OR	1,516	0,758	3,031

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

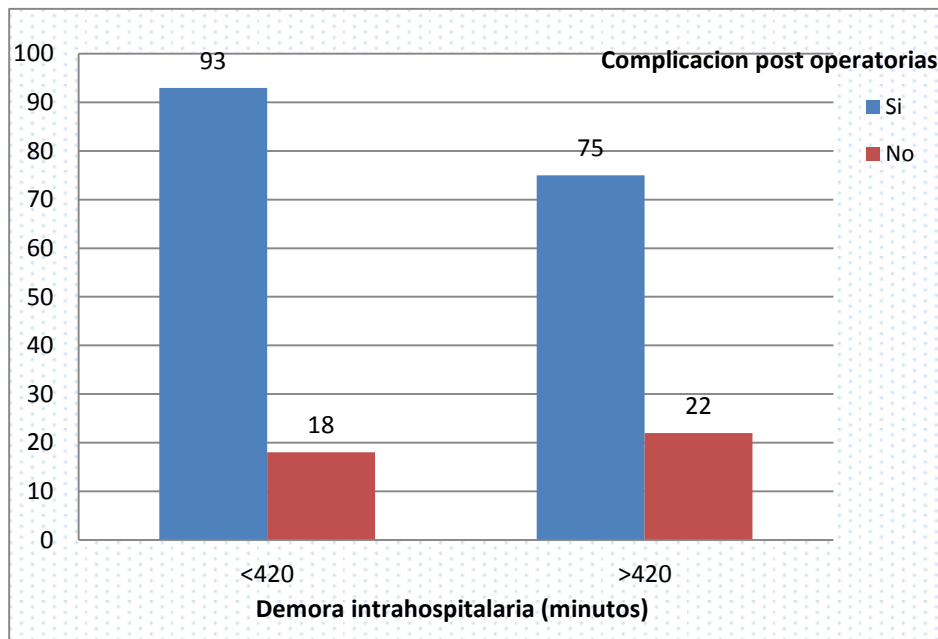


Gráfico N°10: Relación entre demora intrahospitalaria y el tiempo de hospitalización en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la presente tabla N°31 se puede observar que del total de pacientes apendicetomizados que tuvieron una estancia hospitalaria de 0 a 5 días , 55,4% tubo un demora intrahospitalaria menor a 420 minutos mientras un 44,6% corresponde a un demora intrahospitalaria mayor a 420 minutos; en tanto del total de pacientes apendicetomizados que tuvieron una estancia hospitalaria de mayor a 5 días el 45% tubo un demora intrahospitalaria menor a 420 minutos mientras un 55% corresponde a un tiempo quirúrgico mayor a 420 minutos.

En la Tabla N°32 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 1,393 con un P valor 0,238, siendo este valor $p > 0.05$, se concluye que no existe relación estadísticamente significativas entre la demora intrahospitalaria y el tiempo de hospitalización de los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de riesgo de Demora intrahospitalaria nos da un valor de OR de 1,516 (IC 95% 10,606- 54,310), hallando que la razón entre los rangos de minutos del demora intrahospitalaria analizados con el tiempo de hospitalización de menor a 5 días vs rangos de minutos del demora intrahospitalaria analizados con el tiempo de hospitalización de más de 5 días es 1.516 veces en pacientes con rango >420 minutos y hospitalización más de 5 días; constituyendo un factor de riesgo. Cabe destacar que esta asociación no es estadísticamente significativa.

RELACION ENTRE LA COMPLICACION POST OPERATORIA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Tabla N° 33: Relación entre las complicaciones post operatorias de los pacientes apendicectomizados y el tiempo de hospitalización en el servicio de Cirugía general del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo Enero-Julio

2016

			complicaciones post operatorias		Total
			SI	NO	
Estancia hospitalaria	< 5	Recuento	15	153	168
		%	30,6%	96,2%	80,8%
	>5	Recuento	34	6	40
		%	69,4%	3,8%	19,2%
Total		Recuento	49	159	208
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

Tabla N°34: Asociación entre incidencia de Complicaciones post operatorias y tiempo de hospitalización

	VALOR	G.L	P	OR	VALOR	IC	
	X ²					INFERIOR	SUPERIOR
Complicaciones post operatorias	103,820	1	0.001	OR	0,017	0,006	0,048

Fuente: INICIB-FAMURP / HNHU

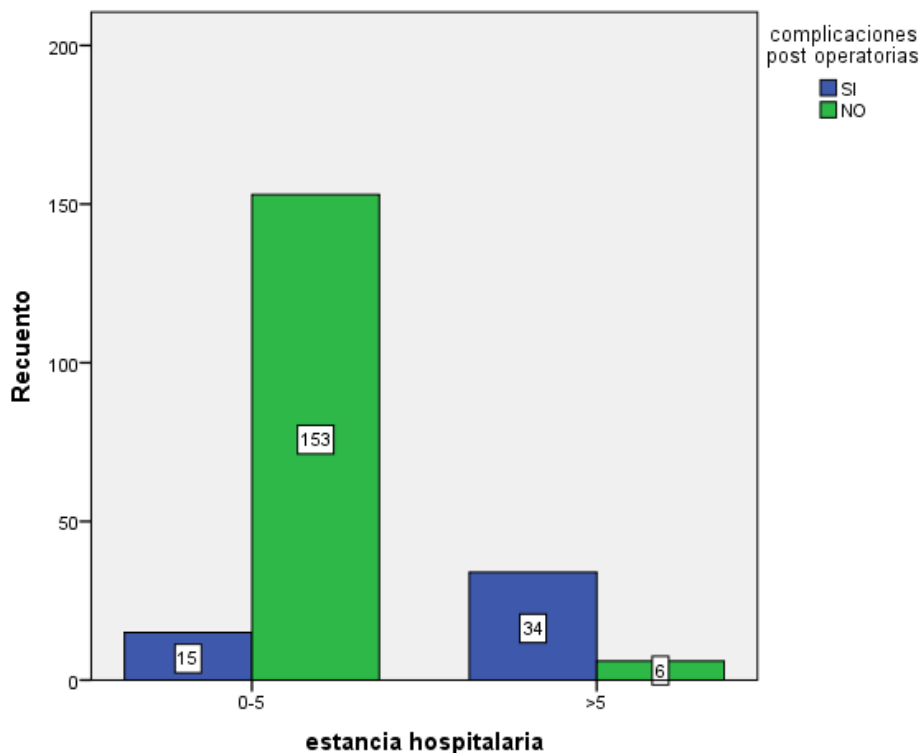


Gráfico N°11: Relación entre Complicaciones postoperatorias y el tiempo de hospitalización en pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue- Enero-Julio 2016

En la presente tabla N°33 se puede observar que del total de pacientes que tuvieron complicaciones post operatorias y tuvieron una estancia hospitalaria de 0 a 5 días son 8,9% y los que no tuvieron complicaciones fueron 91,1%, sin embargo los pacientes que sí tuvieron complicaciones postoperatorias y presentaron un rango de hospitalización mayor a 5 días son un 85% mientras los que no tuvieron complicaciones apenas un 15%.

En la Tabla N°34 Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 103,820 con un P valor 0,001, siendo este valor $p < 0.05$, se concluye que existe relación estadísticamente significativas entre las complicaciones postoperatorias y el tiempo de hospitalización de los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía General del hospital Hipólito Unanue.

En la misma tabla el análisis de complicaciones post operatorias nos da un valor de OR de 0,017 (IC 95% 0,006- 0,048), Nos dice que no tener complicaciones post operatorias post operatorias disminuye la estancia hospitalaria y constituye un factor de protector. Cabe destacar que esta asociación es estadísticamente significativa.

RESUMEN DE VARIABLES

VARIABLE	CHI CUADRADO	VALOR P	ODDS RATIO	IC 95%
Edad	0,079	0,778	1,083	(0,623-1,88)
Sexo	6,346	0,012	2,040	(1,168-3,564)
Demora pre hospitalaria	7,009	0,008	0,237	(0,076-0,742)
Pre medicación	21,665	0,001	3,933	(2,182-7,092)
Demora intrahospitalaria	0,174	0,677	1,123	(0,651-1,937)
Profilaxis antibiótica	0,064	0,800	1,137	(0,421-3,071)
Tiempo quirúrgico	50,973	0,001	0,036	(0,011-0,121)
Pre medicación vs complicaciones post operatorias	7,028	0,008	2,386	(1,243-4,580)
Demora pre hospitalaria vs complicaciones post operatorias	29,176	0,001	0,081	(0,027-0,240)
Tiempo hospitalización vs complicaciones postoperatorias	0,611	0,434	1,259	(0,408-1,471)
Tiempo quirúrgico vs complicaciones post operatorias	78,838	0,001	0,042	(0,018-0,094)
Demora intrahospitalaria vs complicaciones post operatorias	1,393	0,238	1,516	(0,758-3,031)
Complicaciones post operatorias vs tiempo de hospitalización	103,820	0,001	0,017	(0,006-0,048)

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Durante el presente trabajo de investigación he querido enfatizar que El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la apendicitis aguda posterior al inicio del cuadro clínico, además del acudir tempranamente al puesto de salud cuando se sospecha de la enfermedad reduce el riesgo de complicaciones lo cual disminuye la morbimortalidad, la severidad de la enfermedad y con ello la estancia hospitalaria del paciente lo que significa una disminución exponencial en los costos de la enfermedad para el paciente y la institución y por último una rápida recuperación y pronta incorporación a su vida cotidiana.

En el presente trabajo se analizó las características sociodemográficas, y las comorbilidades que constituyen un factor de riesgo para complicaciones operatorias o postoperatorias en pacientes apendicectomizados, además tenemos los hallazgos patológicos al momento de realizar la operación que podrían demostrarnos las múltiples asociaciones de estos con complicaciones ya sea por demoras antes de la operación (pre hospitalarias o intrahospitalarias) el tiempo quirúrgico que se dio en la operación, o la profilaxis antibiótica o simplemente el cuadro clínico del paciente, todas estas variables constituyen a un grupo de factores de riesgo que podría repercutir en las complicaciones operatorias y post operatorias alargando la estancia hospitalaria del paciente y con ello aumentando su morbimortalidad.

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de enero a julio del 2016 se intervinieron 428 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda sin embargo para la muestra del presente estudio se tomaron 208 pacientes como muestra significativa de todos ellos 104 personas presentaron a apendicitis aguda complicada lo cual corresponde a un 50% de mi muestra según estudios leídos a nivel mundial como por ejemplo el estudio de Guillermo Padrón Arredondo (2014) reporto una incidencia similar de apendicitis aguda complicada de 52,1% en el Hospital general. Otro estudio como el de De la Cruz estrada (2008) donde en su trabajo en el hospital Belén de Trujillo reporto una incidencia de apendicitis aguda complicada de 34% discrepando parcialmente con los datos obtenidos en el presente estudio.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

En el siguiente grupo se han evaluado dos características principales el sexo y la edad, Con respecto al sexo encontramos que del total de pacientes el 56,7% corresponde al sexo masculino y de todos los de género masculino el 68% presento apendicitis aguda complicada y el 32% no, El sexo femenino estuvo conformado por un 43,3% de la muestra y de todo este grupo un 34,6% presento apendicitis aguda complicada y un 65,4% no. Con ello tenemos que el sexo masculino presenta mayor incidencia de apendicitis aguda complicada con un 68%, un $p= 0.12$ (IC=95% 1.168-3,564). En el estudio de De la Cruz estrada (2008) donde en su trabajo en el hospital Belén de Trujillo reporto un predominio del sexo masculino con 68,9% en general y de todos ellos un 59,5% presento apendicitis aguda complicada. En el estudio de Cabrejos Pita (2001) nos muestra una incidencia general en apendicitis aguda de 58,3% para el sexo masculino en nuestro país, sin embargo contrasta con otro estudio fuera del país donde en el estudio de Garcia Cayamcela (2013) en el hospital homero Castanier cresco – Ecuador se ve una incidencia de 61,54% para el sexo femenino difiriendo de nuestra realidad.

Con lo que respecta a la edad, de manera general se encontró una media de 32,04 con un rango de 15 -87 años, luego se procedió a agrupar por rangos de edades donde tenemos en la muestra hay una mayor incidencia de pacientes con un rango de edad de 15 a 30 años representando el 58,7% del total de la muestra, Se procedió para poder estudiar el grupo etario donde es más recuente la apendicitis aguda complicada a dividir en dos grupos etarios de 0 a 30 años y mayores de 30 años, los resultados nos hablan de que de los pacientes con apendicitis aguda complicada un 59,6% corresponde al grupo etario de 0 a 30 años, además presento un $p=0.778$ (IC=95% 0,623-1,88) para por lo que no se encontró en el presente estudio que la edad se encuentre asociado a apendicitis aguda complicada ya que $p>0,05$ no es significativo

A diferencia de lo visto por Ayora Calle Jhon (2008) en el hospital Vicente Corral Moscoso- Cuenca – Ecuador donde la apendicitis aguda fue más frecuente en el grupo de edad de 16 a 30 años con un 45,8%. En los estudios de Cabrejos Pita (2001) nos muestra una edad promedio de 29 años con rango de 6 a 77 años, otro antecedente que concuerda más con lo obtenido es el estudio de Jefferson Alexis Montoya donde en el 2013 en Hospital Las Mercedes- Chiclayo nos da una edad promedio de 31,1 años y nos refiere que no es significativa la asociación entre apendicitis aguda complicada y la edad de los pacientes sin embargo nos dice también que en edades superiores a 60 años la tasa de apendicitis aguda disminuye como podemos verlo en nuestro estudio cuya frecuencia es la más baja con 5,8%.

SINTOMATOLOGIA EN APENDICITIS AGUDA

Para diagnosticar la apendicitis aguda es necesario tener una buena historia clínica y realizar un buen examen físico, para ello nos basaremos en los síntomas más frecuentes encontrados por la literatura en los pacientes que cursan con esta enfermedad, pero hay que tener en cuenta que según la literatura como sabemos en pacientes de la tercera edad suelen aparecer síntomas más difusos que dificultan el diagnóstico. En nuestro estudio se demostró que el síntoma cardinal era el dolor abdominal agudo con un 100% de casos, en frecuencia le seguían las náuseas con 67,8%, y los vómitos con un 43,8%, siendo el estreñimiento el síntoma menos frecuente con 1,9% para confrontar nuestros resultados el estudio de Jefferson Alexis Montoya donde en el 2013 en Hospital Las Mercedes- Chiclayo se demostró que un 94,8% presentaron dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, 85% náuseas y/o vómitos, no se midió el síntoma de estreñimiento.

FACTORES ASOCIADOS A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA y COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Dentro de estos factores tenemos demora pre hospitalaria (horas), pre medicación, demora intrahospitalaria (minutos), tiempo quirúrgico, profilaxis antibiótica.

Primero hablaremos de la demora pre hospitalaria, sabemos que debido a automedicación o factores demográficos los pacientes llegan tardíamente a emergencia cuando el cuadro sintomatológico empezó horas o incluso días antes de llegar a emergencia, Bueno en mi estudio se obtuvo de manera general que la demora pre hospitalaria medida en horas tiene una media de 32,04 con un rango de 2-96 horas , sin embargo si hablamos en relación a apendicitis aguda complicada tenemos que la demora pre hospitalaria la clasificaremos en dos rangos de 15 a 48 horas y más de 48 horas donde observamos que el 85,6% de los pacientes que tienen apendicitis aguda complicada se encuentran en el rango de 15 a 48 horas y solo un 14,4% tuvo una demora de más de 48 horas además presento un $p=0,008$ (IC=95% 0,076-0,742) y un OR= 0,237 diciendo que es estadísticamente significativo refiriéndose como factor protector a el rango de 15-48 horas si lo comparamos con las personas que no sufrieron apendicitis aguda complicada que se encontraban en ese rango (96,2%). Ahora si comparamos la demora pre hospitalaria con las complicaciones post operatorias nos demuestra que el rango de pacientes que se encuentran en una demora de 15_48 horas y no presentan complicaciones es de 96,9% junto con un $p=0,001$ y un OR de 0,081 (IC 95% 0.027-0.240) nos hablan de un factor protector la demora pre hospitalaria (rango de 15-48) con respecto a las complicaciones post operatorias y es estadísticamente significativo. Estudios como el de Garcia Cayamcela (2013) en el hospital homero Castanier crespó – Ecuador donde se demuestra que un tiempo pre hospitalario mayor a 37 horas es un factor de riesgo para complicaciones con un OR= 1.41, $p= 0,48$ (IC=95% 0,54-3,72) sin embargo el resultado no es estadísticamente significativo.

En lo que se refiere a pre medicación en asociación con apendicitis aguda complicada donde encontramos que recibieron pre medicación y presentaron apendicitis aguda complicada fueron un 56,7% mientras los que no la recibieron y no presentaron apendicitis aguda complicada fueron un 75% por lo que podríamos decir que la pre medicación es un factor de riesgo para que aumente la frecuencia de apendicitis aguda complicada. Esto lo reforzamos con un $p=0,001$, OR de 3.933 (IC 95% 2.182-7.092) teniendo en cuenta que es estadísticamente significativo mi resultado. Ahora si lo asociamos con complicaciones post operatorias nos mostraría que los que se pre medicaron presentan complicaciones post operatorias un 57,1% de los pacientes además con un $p=0,008$ y un OR de 2,386 (IC 95% 1,243-4,580), nos muestra que la pre medicación es un factor de riesgo para complicaciones post operatorias, teniendo un valor estadísticamente significativo. El estudio de Guillermo Padrón Arredondo (2014) reporto que la automedicación en relación a complicaciones en la apendicectomía presento un OR de 2,4 veces más riesgo de presentar complicaciones por auto medicarse, Otro estudio de Garcia Cayamcela (2013) en el hospital homero Castanier cresco – Ecuador donde se demuestra que la automedicación tiene un 2,4 veces más riesgo de presentar apendicitis aguda complicada con un $p=0,046$, OR=2,4 (IC 95% 1,1-5,82) teniendo un resultado estadísticamente significativo.

Ahora debemos hablar de la demora intrahospitalaria , para ello de manera general en toda la muestra encontramos una media de 444,51 minutos (7,4 horas) con un rango entre 125-1083 minutos , ahora bien relacionándolo con la apendicitis aguda complicada tendremos que en el rango de 0-420 minutos los que tuvieron apendicitis aguda complicada representan un 54,8% y los que no presentaron y se encontraron en ese rango fueron un 51,9% además se presentó un $p=0.677$ con un OR=1.123 (IC 95% 0,651-1,937) por lo que podemos ver que es un factor de riesgo sin embargo no es estadísticamente significativo por la que no existe relación entre la demora intrahospitalaria y la apendicitis aguda complicada. Pero qué pasaría si comparamos la demora intrahospitalaria con las complicaciones post operatorias de

los pacientes intervenidos, según mi estudio se demostró que la demora intra hospitalaria relacionándolo con las complicaciones post operatorias tendremos que en el rango de 0-420 minutos los que tuvieron complicaciones post operatorias representan un 49% a diferencia de los que tiene un rango >420 minutos que equivalen al 51% además se presentó un $p=0.434$ con un $OR=1.259$ (IC 95% 0,408-1,471) por lo que podemos ver que es un factor de riesgo sin embargo no es estadísticamente significativo. En los estudios de De la Cruz Estrada (2008) en el hospital Belen de Trujillo demostró que la demora intrahospitalaria promedio es de 12:05 horas (720 minutos) pero no encuentra una relación significativa, tal como en mi estudio.

Al hablar de Tiempo quirúrgico diremos que la media general de los pacientes en estudio fue 55,16 minutos con un rango 15-145 minutos. En mi estudio se encuentra que de todos los pacientes con apendicitis aguda complicada un 54,8% tuvieron un rango quirúrgico de 0-60 minutos, además el 97,1% de los que no desarrollaron complicaciones se encontraron en ese rango. Además tenemos un $P =0,001$ diciendo que es un dato estadísticamente significativo y un $OR =0.036$ (IC 95% 0.011-0.121), como factor protector, por lo que la menor demora en el tiempo quirúrgico si influye en las complicaciones operatorias. Ahora en las complicaciones post operatorias tenemos que de todos los que presentaron complicaciones post operatorias un 71,4% estaba en el rango de >60 minutos y de la misma manera los que no tenían complicaciones post operatoria un 90,6% estaba en el rango de 0-60 minutos por lo que ese rango vendría a ser un factor protector contra complicaciones post operatorias ($p=0,001$, OR de 0,042 (IC 95% 0,018- 0,094), lo que significa que la menor demora de tiempo quirúrgico implica una disminución en la incidencia de las complicaciones post operatorias. Es un dato estadísticamente significativo. Ayora Calle jhon (2008) en el hospital Vicente Corral Moscoso- Cuenca – Ecuador donde encontró que uno de los factores asociados a complicaciones era el tiempo quirúrgico >60 minutos con un $OR=2,3$ (IC 95% 1,3- 4,2).

Para profilaxis antibiótica se demostró que solo 8,7% de los que recibieron profilaxis tuvieron apendicitis aguda complicada, sin embargo los que no recibieron profilaxis antibiótica y tampoco hicieron complicaciones fueron un 92,3% por lo que no hay relación entre la profilaxis antibiótica y las complicaciones, tenemos un $p=0,800$ con un OR: 1,137 (IC 95% 0,421-3,071), siendo no estadísticamente significativa, tal vez por la poca cantidad de pacientes con profilaxis antibiótica (8,2% del total de la muestra).

HALLAGOS PATOLOGICOS

Dentro de los hallazgos patológicos se evaluó las fases de la apendicitis (catarral, flemonosa, gangrenosa y perforada) se encontró en mi estudio una incidencia mayor en lo que respecta a la fase flemonosa (35,1%) le sigue la perforada con 32,2%, gangrenosa con 17,3% y por último catarral con 15,4%, Estos resultados se contrastan con los resultados obtenidos en el estudio de García Cayamcela (2013) en el hospital homero Castanier Crespo – Ecuador donde encuentra un 42,7% en la fase gangrenosa, 22,2% en la flemonosa, 20,2% en fase catarral y 9,4% en la perforada.

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Se evaluaron 5 complicaciones post operatorias: Infección de herida operatoria, ílio adinámico, hemorragia, evisceración, fistula estercoracea, en primer lugar de manera general las complicaciones post operatorias en nuestro trabajo fueron un 24,5% del total de pacientes, además la complicación más frecuente fue la infección de herida operatoria con un 20,2% del total de la muestra, le sigue el ílio adinámico con 10,6% y luego la hemorragia y la fistula estercoracea con 0,5% cada uno, la evisceración no tuvo ninguna incidencia en esta muestra. Para Marques e Silva Silva (2007) en su estudio nos demuestra que tanto las infecciones de sitio operatorio como los abscesos intraabdominales son las complicaciones más frecuentes post operatorias en apendicetomizados. Además Ayora Calle John en su estudio

demostró que un 94,1% de las complicaciones fueron infecciones del sitio operatorio mientras que un 5,9% fueron complicaciones intraabdominales como ilio adinámico, hemorragia o evisceración.

Por ultimo hablare del tiempo de hospitalización donde de manera general los pacientes en promedio presentaron una estancia hospitalaria de 3,69 días con un rango de 1,4-17,4 días, sin embargo cuando hablamos de complicaciones operatorias el promedio de hospitalización aumenta a 4,9 días aumentando si hay además complicaciones post operatorias. cuando hablamos de complicaciones post operatorias, se puso al tiempo de hospitalización en dos rangos de 0 a 5 días, y más de 5 días y se relacionó con si tuvo o no complicaciones post operatorias , se demostró que los pacientes que tuvieron complicaciones post operatorias tuvieron mayor estancia hospitalaria (>5 días), ellos fueron un 85% del todos los que estuvieron más de 5 días en el hospital, también nos dice que de los que no tuvieron complicaciones post operatorias un 91,1% tuvieron un rango de hospitalización de 0 a 5 días . Además se tuvo un $P=0,001$ con un OR: 0,017 (IC 95% 0,006-0,048) lo que nos demuestra que si existe asociación entre las complicaciones post operatorias y el aumento de la estancia hospitalaria, siendo estadísticamente significativo. Nos dice que no tener complicaciones post operatorias post operatorias disminuye la estancia hospitalaria y constituye un factor de protector. Cabe destacar que esta asociación es estadísticamente significativa. En el estudio de cabreos pita se demostró que la estancia hospitalaria de los pacientes que desarrollaron complicaciones fue en promedio 13,21 días y aquellos que no tuvieron complicaciones fue de 3,94 días, lo cual como se ve en nuestro estudio difiere.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Se concluye que la frecuencia de pacientes con complicaciones operatorias (apendicitis aguda complicada) fue de 50%
2. El sexo masculino se puede identificar como factor de riesgo para apendicitis aguda complicada. Y promedio de edad en la población estudiada fue 32,04 años con un rango que iba desde 15 hasta 87 años.
3. El principal síntoma en la enfermedad de apendicitis aguda fue el dolor abdominal agudo con 100% de frecuencia.
4. Se concluye que la infección de herida operatoria es la principal complicación post operatoria.
5. El hallazgo patológico más frecuente es la fase flemonosa.
6. El tiempo de demora intrahospitalaria fue en promedio 444,51 minutos (7,4 horas).
7. El principal factor dependiente del paciente que retrasa su tratamiento quirúrgico es el pre medicación.
8. La pre medicación es un factor principal junto a la demora pre hospitalaria para desarrollar apendicitis aguda complicada.
9. La profilaxis antibiótica y la demora intrahospitalaria no son factores de riesgo para desarrollar apendicitis aguda complicada
- 10.El menor tiempo quirúrgico conlleva a la disminución de la incidencia de complicaciones post operatorias.
- 11.El tiempo de hospitalización promedio es de 3,69 días
- 12.El tiempo de hospitalización promedio para pacientes que cursan con apendicitis aguda complicada es 4,91 días.
- 13.La incidencia de complicaciones post operatorias aumenta la estancia hospitalaria ya que son directamente proporcionales.

RECOMENDACIONES

- En atención al hecho de que las historias clínicas, a la hora de recabar la información para estudios como el presente, no cuentan con la información completa, debe recomendarse cumplir la normativa en el llenado de los formularios.
- Fomentar la importancia de realizar este tipo de estudios de investigación y ser más detallistas en los hallazgos operatorios encontrados, anotándolos correctamente en la hoja de reporte operatorio.
- Reproducir este estudio en un periodo de mayor tiempo o mayor número de participantes.
- Enseñar a la población sobre la automedicación y que complicaciones podría traer en caso de enfermedades agudas como la apendicitis para poder lograr un diagnóstico más temprano y certero.
- Considerar en los próximos estudios dentro de la demora intrahospitalaria, factores dependientes del servicio de salud para tener conocimientos cuales son las falencias del hospital y que consecuencias podrían traer no corregirlas.

BIBLIOGRAFIA

1. Prystowsky JB, Pugh CM, Nagle AP. Current problems in surgery. Appendicitis. *Curr Probl Surg.* 2005; 42(10):688–742.
2. Andersson RE, Hugander A, Ravn H, Offenbartl K, Ghazil SH, Nyström PO. Repeated clinical and laboratory examinations in patients with an equivocal diagnosis of appendicitis. *World J Surg.* 2000; 24:479–85.
3. Sanabria A, Domínguez L, Vega V, Osorio C, Serna A, Bermúdez Ch. Tiempo de evolución de la appendicitis y riesgo de perforación. *Rev Colomb Cir.* 2013; 28:24-30.
4. Telford G, Condon R. El Apéndice. En: Zuidema Shackelfords Cirugía del Aparato Digestivo – Tomo IV. Buenos Aires – Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. 2007. p. 166-167.
5. Jorge Kleinman, Ariel Fraga, Pablo Bouzas y colaboradores. Laparoscopia y apendicectomía laparoscópica en niños. Experiencia nacional. *Archivos de Pediatría del Uruguay* 2010; 81 (1).
6. Montoya J, Cabrera S, Díaz Velez C. Score Alvarado y el riesgo de complicaciones en apendicitis aguda de pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2012 – 2013. *Rev. Cuerpo médico HNAAA* 8(1) 2015.
7. Caínzos M. Peritonitis Postoperatorias. *Cir Esp.* 2001; 69:304-309.
8. García ME, Gil L, Pérez García A. Reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. *Rev Cubana Med Milit.* 2005; 34(4):23
9. Rodríguez Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. *Revista Cubana de Cirugía, Cir v.49 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2010.*
10. Vargas A, López S, Ramírez D, Rodríguez A, Fernández E. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. *Cir Gen* 2001; 23(3): 154- 157.
11. Wilcox R, Traverso W. ¿La valoración y el tratamiento de apendicitis aguda han cambiado con la nueva tecnología. *Cli Quir NA.* 1313-27, 1997.
12. Hardin M, Acute appendicitis: review and update: *American Family Physician* 1999; 60(7):2027-2034.

13. Kraemer M y col. Acute Appendicitis in late Adulthood: Incidence, presentation and outcome. Results of a prospective multicenter acute abdominal pain study and a review of the literature. Arch Surg 2000; 385: 470-481.
14. Mulholland M, Doherty G. "Complicaciones en cirugía". N Engl J Med. 2006; 354;22
15. Cabrejos Pita, J; Novoa Espejo, A; Iyo Solar, L y Roman Robles. 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. Rev Med Hered. 2001; 12 (1): 3-7.
16. Garcia Tay, J y Hernandez Ortega, J. Factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda. Experiencia en el Nuevo Sanatorio Durango. Rev.Fac.Med (Méx). 2013; 56 (3): 21-25
17. Ayora Calle John, González Vázquez Cristian; Figueroa M. Francisco y Morales San Martín Jaime en el estudio "Complicaciones post apendicectomía convencional y factores asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, período agosto 2008-enero 2009, Cuenca – Ecuador. Rev.Fac.Med. 2012; 25(3): 31-39
18. Vargas Dominguez, A; Lopez Romero, S; Ramirez tapia, D; Rodriguez Baez, A; Fernandez Hidalgo, E. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. Cirujano General. 2001; 23 (3): 154-157
19. Zenén Rodríguez Fernández. "Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. Rev Cubana Cir. 2010; 49 (2): 1-12
20. Marques e Silva Silvana y col. Factores de riesgo asociados a complicaciones postapendicectomia en adultos. Rev bras. 2007; 27 (1): 31-36.
21. Guillermo Padrón Arredondo. Apendicitis aguda y apendicectomías en un hospital general. Revista Salud Quintana Roo. 2014; 7 (28): 15-19.
22. Garcia Cayamcela, A; Diaz Freire, X y Chiriboga Sarmiento, G. "Factores que retrasan el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2013" Universidad de Cuenca, 2013 18-20.


23. Sanabria, A; Domínguez, L; Vega, V; Osorio, C; Serna, A; Bermúdez, C, “Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación” Rev Colomb Cir. 2013; 28:24-30.
24. De la Cruz Estrada Marisol. “Factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda complicada, Hospital Belén de Trujillo, Trujillo 2008”. Biblioteca digital UNT. 2008 26-31.
25. Montoya Jeffersson, A; Cabrera, S; Díaz, C. “Score Alvarado y el riesgo de complicaciones en apendicitis aguda de pacientes adultos del hospital regional Docente Las Mercedes-Chiclayo, 2012-2013” Rev. Cuerpo med. HNAAA 8(1) 2015 19-24.

Resumen de coincidencias

11 %

1	Entregado a Universida...	6 %
2	alicia.concytec.gob.pe	2 %
3	buiyi.blogspot.com	1 %
4	www.repositorioacade...	1 %
5	Entregado a Universida...	1 %
6	docplayer.es	1 %

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS
COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POST OPERATORIAS
EN EL TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA, HOSPITAL
NACIONAL HIPOLITO UNANUE ENERO - JULIO 2016.

AUTOR: JONATHAN NUÑEZ VALENCIA

DIRECTOR: Dr. Jhony A. Delacruz Vargas

ASESOR: Dra. María Alba Rodríguez.

Lima – Perú
2016

ANEXOS (TURNITIN)

ANEXOS (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES)

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	DIMENSION	CATEGORIA/ ESCALA	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Confusora	Temporal	Cuantitativa continua	Años	Edad registrada en la historia clínica
Genero	Genero correspondiente del individuo	Confusora	Genero	Cualitativa nominal	Masculino/ Femenino	Género al que corresponde el individuo recolectado de a HCL
Demora Pre hospitalaria	Tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta la llegada al hospital	Dependiente	Temporal	Cuantitativa continua	horas	Tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta la llegada al hospital

ANEXOS (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES)

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	DIMENSIÓN	CATEGORIA/ ESCALA	INDICAD OR	DEFINICION OPERACIONAL
Pre- medicación	Sustancia farmacológica administrada por cualquier vía, desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico	Independiente	Existencia de pre medicación	Cualitativa nominal	Si/no	Medicación administrada antes del diagnóstico clínico de apendicitis, recolectada de la HCL
Demora intrahospitalaria	Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente a la emergencia Hasta el tratamiento quirúrgico de la apendicitis	dependiente	Temporal	Cuantitativa continua	horas	Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente a la emergencia Hasta el tratamiento quirúrgico de la apendicitis

ANEXOS (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES)

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	DIMENSIÓN	CATEGORÍA / ESCALA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Tiempo quirúrgico	Tiempo transcurrido desde que empieza la operación hasta que finaliza	<u>Depen-</u> diente	Temporal	Cuantitativa	minutos	El tiempo que demora el acto quirúrgico
Tiempo de hospitalización	Tiempo transcurrido desde el término intervención quirúrgica hasta el alta medica	<u>Depen-</u> diente	Temporal	Cuantitativa continua	Días	Tiempo transcurrido desde el término de la intervención quirúrgica hasta el alta medica
Profilaxis antibiótica	Se refiere a la utilización de un fármaco para prevenir infecciones	<u>Depen-</u> diente	Presencia	Cualitativa nominal	Si/no	Medicación de un antibiótico antes del ingreso a sala de operaciones

ANEXOS (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES)

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	DIMENSIÓN	CATEGORIA / ESCALA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Hallazgos patológicos	Estudio microscópico y macroscópico del órgano enfermo	Depen- diente	Reporte <u>histopatológico</u>	Cualitativa ordinal	Apéndice: Catarral Flemonosa Gangrenosa Perforada	Reporte histopatológico o macroscópico recolectado de la HCL
Complicaciones operatorias	Situación que se da durante el desarrollo del acto operatorio	Indepen- diente	Presencia	Cualitativa Nominal	Si/no	Reporte post operatorio si la apendicitis aguda fue complicada
Complicaciones Post operatorias	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella	Depen- diente	Presencia	Cualitativa Nominal	Si/no	Reporte post operatorio del tipo de complicación durante la <u>apendicectomía</u> obtenido de la HCL

ANEXOS (PERMISO DEL HOSPITAL)



PERU Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unzué

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

El Agustino, 15 de diciembre de 2016

CARTA N° 070-219-OEI-HNHU

Señor
JONATHAN NUÑEZ VALENCIA
Presente.-

Asunto : REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

Ref. : Exp. N° 000088

De mi consideración

Me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y en relación al documento de la referencia, remito adjunto al presente la información solicitada de pacientes con el diagnóstico de "APENDICITIS AGUDA" correspondiente al mes de enero a julio del 2016.

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNZUÉ
ING. EST. E INF. MARIBEL PONCE CARMUJACA
REG. CIP 147723
JEFA DE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

MPC/mcr

www.tnhu.gob.pe Av. César Vallejo N° 1390
El Agustino
Lima 10 - Perú
Telef. (511) 382-5700

ANEXOS (APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS)



Oficio N° 1987-2016-FMH-D

Surco, 22 de julio de 2016

Señor
JONATHAN ALEXANDER NUÑEZ VALENCIA
Presente

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

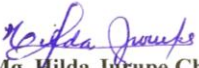
Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POST OPERATORIAS EN EL TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA, HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE ENERO - JULIO 2016", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha 21 de julio de 2016.

Por lo tanto queda usted expedito a fin de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,




Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“ESTUDIO: PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POST OPERATORIAS EN EL TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA, HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE ENERO - JULIO 2016”

1. NOMBRE: Nº Ficha:

2. EDAD:

3. SEXO: M () F ()

4. Fecha y hora de ingreso:

5. Tiempo de enfermedad desde el ingreso: () horas

6. Signos y Síntomas :

7. Se auto médico: SI () NO ()

8. Ingreso a sala de operaciones:

9. Hubo profilaxis antibiótica: SI () NO ()

10. Tiempo quirúrgico: () min

11. Diagnostico post operatorio:

Apendicitis aguda complicada: SI () NO ()

12. Estudio Anatomopatologico del apéndice:

Catarral () Flemonosa () Gangrenosa () Perforada ()

13. Complicaciones post operatorias:

() Hemorragia () evisceración () Íleo adinámico ninguna ()
() Fistula estercoracea () infección de herida operatoria

14. Fecha de egreso:

15. Estancia hospitalaria: () Días