

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ENFERMEDAD
POR APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE - MINSA, 2007”**

TESIS

Presentada por:

Bach. LOURDES MAGALI COTRINA LIÑAN

Para Optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2008

JURADO



DR. GUILLERMO BORNAZ ACOSTA
PRESIDENTE



MGR. MIGUEL ARROYO PANCLAS
MIEMBRO



MÉD. EDGAR CARPIO OLÍN
MIEMBRO



DR. CLAUDIO RAMÍREZ ATENCIO
ASESOR

Registro N° 133-2008-FSCM Escuela: Medicina Humana

Bachiller: LOURDES MAGALI COTRINA LIÑAN

Fecha de Sustentación: 27 de mayo del 2008

Aprobado por: unanimidad Nota: 16 (Dieciséis)

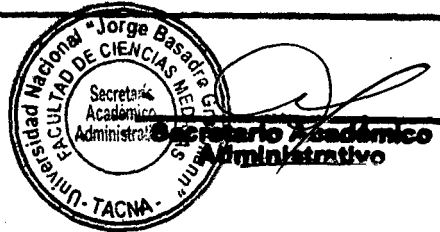
Calificativo: Bueno

Jurado: - Dr. Guillermo Bonnar Acosta

- Mg. Miguel Anzoys Paucas

- Med. Lemcio Capiro Olín

Observaciones: _____



*A mis padres y hermana por su
invalorable apoyo que me brindaron,
que nunca me fallan e hicieron posible
la culminación de mis estudios
profesionales.*

*Le agradezco a Dios y a todas las
personas que colaboraron con la
realización de este trabajo.*

CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: DEL PROBLEMA.....	4
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.1.1 Problema General:	6
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo General.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3. HIPÓTESIS.....	7
4. JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
A. ANTECEDENTES.....	10
B. MARCO CONCEPTUAL.....	18
A. DEFINICIONES.....	18

B. CONCEPTO.....	19
C. EPIDEMIOLOGÍA	20
D. ETIOPATOGENIA.....	22
E. FISIOPATOLOGÍA.....	23
F. CLASIFICACIÓN	25
G. CUADRO CLÍNICO.....	30
H. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	31
I. TRATAMIENTO	34
J. FACTORES QUE CONDUCEN AL RETRASO DEL DIAGNÓSTICO.....	36
CAPITULO III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	39
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	39
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	39
1.1 Técnica.....	39
1.2 Instrumento	39
1.3 Materiales de Verificación.....	41
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	42
2.1. Ubicación espacial	42
2.2 Ubicación temporal.....	42
2.3 Unidad de estudio.....	42

✓ Criterios de inclusión.....	42
✓ Criterios de exclusión.....	43
2.3.1 Población y muestra	43
3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.1 Según la dirección temporal.....	44
3.2 Según el número que se realiza la medición.....	44
3.3 Según el nivel de investigación.....	44
4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
4.1 Criterios para el manejo de resultados.....	44
4.1.1 A nivel de la recolección.....	44
4.1.2 A nivel de sistematización.....	45
4.1.3 A nivel de estudio de datos.....	45
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	46
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	66
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXO	

RESUMEN

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuentemente y ocupa el primer lugar de las intervenciones quirúrgicas.

La investigación es de tipo retrospectiva, transversal y relacional, cuyo objetivo es determinar la influencia del grado de instrucción en los tiempos de evolución de la Apendicitis Aguda en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2007, mediante el registro de 104 historias clínicas. Los resultados se obtendrán en frecuencias absolutas (n) y relativas (%). La comparación de variables ordinales usaremos la prueba estadística de correlación del rango de Spearman (r_s).

Los resultados fueron que del total de pacientes 50% fueron hombres y mujeres. La apendicitis aguda predomina de los 14 a 24 años de edad con 44,23%; según el grado de instrucción el 47,12% tuvieron secundaria completa y no se encontró pacientes analfabetos. El 67,31% no recibió medicación previa y el 92,31% acude antes de las 48 horas de iniciado en cuadro clínico. El 72,11% corresponde a la Apendicitis aguda no complicada y el 27,88% las complicadas. En 74,04% tuvo un período de 3 a 5 días de hospitalización.

Se observa correlación entre el grado de instrucción con el tiempo de evolución ($r_s = 0,48$) y con el estadio de la enfermedad ($r_s = 0,4$); también entre el tiempo de enfermedad con el estadio de la Apendicitis aguda ($r_s = 0,4$); representando una correlación poco significativa y directa entre las variables.

Se concluyo que hay una correlación directa, pero poco significativa entre el grado de instrucción del paciente con el tiempo y estadio de la enfermedad de la apendicitis aguda.

Las palabras claves son: apendicitis aguda, grado de instrucción, tiempo preoperatorio y estadio de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda (AA) es la patología quirúrgica más frecuentemente evaluada en los servicios de emergencias y ocupa el primer lugar de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en todo el mundo.

Los cuadros de apendicitis aguda son sumamente frecuentes a nivel mundial y representan la indicación quirúrgica más común de los cuadros agudos abdominales (4).

También, ocupa el primer lugar en la mente del cirujano de emergencia cuando evalúa un paciente con dolor abdominal. El diagnóstico de apendicitis es principalmente clínico.

Se considera que la incidencia de apendicitis en el sexo masculino es de 1,33 x 1000 habitantes; 0,99 por 1000 en el sexo femenino y puede presentarse en cualquier década de la vida (4). Afecta ambos sexos con una proporción hombre-mujer según diferentes autores de 2:1 y 3:2 con un pico máximo entre los 10 y 30 años, la relación hombre-mujer se equilibra posterior a los 35 años (22).

El diagnóstico clínico y la intervención quirúrgica inmediata es el tratamiento recomendado por Mac Burney hace más de un siglo y permanece aun siendo el tratamiento estándar en la actualidad (25).

Las complicaciones de la apendicitis aguda constituye cuadros serios provocados generalmente por un diagnóstico tardío de la enfermedad en el que no siempre es responsable el médico tratante (25).

Las complicaciones aparecen como producto de la evolución natural de la apendicitis aguda no tratada, comprometiendo las vecindades del órgano, el peritoneo para posteriormente generalizarse el proceso (26).

Siendo la realidad y la problemática del Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se observó, un gran número de casos con apendicitis aguda, las cuales requieren tratamiento quirúrgico de emergencia, para evitar sus complicaciones, con lo cual me incentivó a estudiar los diferentes casos y la evolución de dicha patología en relación con el grado de instrucción de los pacientes que son atendidos en dicha institución.

Revisando la documentación encontrada en esta institución, se logró observar una clara realidad, ya que se cuenta con pocos estudios anteriores e investigaciones desarrolladas, en esta ciudad, pero no

sabemos la verdadera magnitud de esta patología y su relación del grado de instrucción con el tiempo y estadio de la enfermedad.

La Autora.

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Apendicitis Aguda es la causa más frecuente de Abdomen Agudo Quirúrgico, de resolución quirúrgica muy frecuente en nuestro medio que depende del diagnóstico clínico por excelencia y que la demora en el mismo está asociada a la aparición de la apendicitis aguda complicada, que si bien es cierto la mayoría de la población al presentar un cuadro doloroso no solicitan atención médica en forma rápida y oportuna, sino que deciden acudir a curanderos o automedicarse de en un intento de aliviar el dolor, esto no hace más que retrasar el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se estima que si un paciente con apendicitis aguda es diagnosticado y tratado adecuadamente dentro de las primeras 24 36 horas de iniciado el cuadro doloroso, no deben presentar los cuadros complicados (16).

En nuestro país se deberían disminuir las hospitalizaciones por cuadros complicados que pudieron prevenirse con un diagnóstico precoz, que como ya fue mencionado se puede deber a falta de información, datos erróneos por parte del paciente.

La demora por no acudir prontamente al médico se puede deber a diversos factores como laborales (exceso de trabajo), familiares, falta de confianza al personal de salud y principalmente falta de conciencia de la enfermedad hacen que el paciente prefiera buscar atención empírica o automedicarse acudiendo al médico en etapas más tardías de la enfermedad.

Estas constituyen las razones del presente trabajo, en el que vamos a estudiar la relación del grado de instrucción con el tiempo de evolución en los pacientes que fueron diagnosticados de apendicitis aguda del servicio de cirugía del Hospital Hipólito Unanue durante el período 2007, además de determinar la relación con el estadio de enfermedad y la del tiempo con el estadio de la enfermedad de los pacientes.

Por lo cual con los resultados obtenidos, esperemos que tenga en cuenta la importancia que tiene la educación sanitaria que alguna forma cambie la actitud de nuestra población frente a enfermedades como la apendicitis, lo que influya con la reducción de las complicaciones y mortalidad, teniendo en cuenta que educación debe ser dada de acuerdo al grado de instrucción de cada paciente.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 Problema General:

¿CUAL ES EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SU INFLUENCIA EL TIEMPO Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD POR APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE - MINSA, DURANTE EL 2007?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

1. Determinar el grado de instrucción y su influencia en el tiempo y estadio de la enfermedad por Apendicitis Aguda en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar los grados de instrucción que presentan los pacientes con Apendicitis Aguda en el Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
2. Precisar los tiempos y estadios que presentan los pacientes con Apendicitis Aguda en el Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue.
3. Establecer la relación entre el grado de instrucción con el tiempo y estadio de la enfermedad por Apendicitis aguda en el Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3. HIPÓTESIS

El grado de instrucción ejerce una influencia directa y significativa en el tiempo y estadio de la Apendicitis Aguda en el Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue durante el 2007.

4. JUSTIFICACIÓN

Originalidad: No pudimos hallar estudios actualizados que describieran la relación del grado de instrucción con el tiempo de

evolución de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con Apendicitis Aguda; es por esto que el presente estudio servirá de base para comparar investigaciones futuras realizadas en otros hospitales y otras poblaciones.

Práctica social: Los resultados obtenidos brindarán en el futuro mayores medidas de control y diagnóstico oportuno de Apendicitis Aguda como una medida de impacto en la salud, generarán promoción y prevención de la salud establecidos nacionalmente.

Relevancia científica: Partiendo que es una patología con complicaciones, nos permitirá describir la relación del grado de instrucción con el tiempo de evolución de la enfermedad en un Hospital representativo de Tacna, por lo cual reconoceremos las características de tal patología permitiéndonos un diagnóstico y mejor manejo para disminuir las complicaciones causadas por lo mismo, siendo de gran utilidad el tiempo de evolución de la enfermedad.

Contemporánea: Por ser una enfermedad que va en aumento y siendo frecuente las complicaciones de la Apendicitis Aguda por demora de acudir a un centro hospitalario y recibir tratamiento quirúrgico.

Factibilidad: El presente estudio requiere de la información estadística de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de apendicitis aguda que fueron hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde enero a diciembre del 2007, para lo cual contamos con el apoyo del área estadística de dicha institución.

Interés personal: Diagnosticar a tiempo la enfermedad es de suma importancia, además de la gran cantidad de casos encontrados en Tacna, es que me interesa estudiar el tema.

Importancia académica y profesional: por la conveniencia del investigador y concordancia del tema con las políticas de investigación de la Escuela Académica Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

Arcana Mamani, Hernán “Factores relacionados con la Apendicitis Aguda Complicada en pacientes de 15 a 60 años en emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza un enfoque basado en la evidencia 2003”, UNMSM (3).

Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal en un período comprendido desde el 1 de mayo 2003 hasta el 30 de abril del 2004 realizándose un estudio prospectivo en 700 pacientes adultos con diagnóstico prequirúrgico de Apendicitis. Nosotros encontramos una tasa de apendicitis complicada del 61,6% apendicitis aguda no complicada 35,1% y apendicitis aguda es 3,3%. Como es de esperar 42,4% corresponden al sexo masculino y 57,6% al sexo femenino. Respecto al grado de instrucción el 11% de pacientes tienen instrucción superior 78% entre primaria y secundaria.

Dr. Luis Ángel Aguilar Mendoza, Dr. Mark Héctor Villavicencio Melvin, Dr. Néstor Aviles Martínez, Dr. Gilberto Tam Pow-Sang, Dr. Cesar Porro Gutiérrez, Dr. Samuel Stern Miskin, Dr. Carlos Cabrera Sanchez, Claudia Delucchi Lagos “Ciclo Circadiano de presentación de Apendicitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - Enero del 2002 al Enero del 2005” (2).

Objetivos: Evidenciar la periodicidad de presentación de las enfermedades: Apendicitis Aguda. Evidenciar los diferentes patrones cíclicos: Diarios circadianos, semanales, mensuales, anuales de la enfermedad.

Materiales y métodos: Muestra Historias Clínicas del Servicio de Emergencia Hospital Nacional Hipólito Unanue en el período de Enero de 2002 a Enero del 2005 de pacientes con apendicitis aguda. Se anotaron en las fichas los datos solicitados, estudio retrospectivo, transversal con diagnóstico comprobado.

Resultados: Se obtuvieron curvas sinusoidales evidentes en el cuadro N° pacientes vs. horas y también vs. días, en cambio en relación a los meses estas curvas, no era tan pronunciadas como en las anteriores tendiendo a las mesetas. El porcentaje de hombres (60-65%) fue mayor que de las mujeres (30-34%).

Conclusiones. El patrón de presentación circadiana de la Apendicitis Aguda es de 1:00-13:00 horas. Hay tendencia a disminuir los casos de apendicitis aguda con los años. Los días 3, 4, 12 y 31, son los días con mayor número de pacientes atendidos. Hay diferentes tipos de curvas: circadianas, diarias, mensuales. Y cada una con un comportamiento distinto. La apendicitis aguda es predominante en hombres.

Vargas Domínguez Armando, Ortega León, Luis Humberto, Miranda Fraga, Pablo “Utilidad de la clínica en el diagnóstico de apendicitis”, Cirugía Cirujano, 1995, (27).

Se estudiaron 287 pacientes con diagnóstico preoperatorio de apendicitis, confirmándose enfermedad apendicular en 268/28 (93%); hombres 96,5%, mujeres 90%. El tiempo de evolución del padecimiento fue de menos de 24 horas en 43%, uno a tres días en 39% y más de cuatro días en 18%.

El dolor abdominal estuvo presente en el 100% de los casos, seguido de náusea y vómito en 85% e hiporexia en 47%, otros síntomas aparecieron en 12% o menos. Al llegar al hospital, en 8 de cada 10 enfermos, se había localizado el dolor en fosa ilíaca derecha.

A la exploración de abdomen se determinó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de punto de Mac Burney, descompresión, maniobra del Psoas, resistencia muscular y signo de Rovsing; los dos primeros tuvieron sensibilidad de 97% y 96%, especificidad de 55% y 52% respectivamente.

Cabrejos Pita, José Gabriel; Novoa Espejo, Aldo Rafael; Iyo Solar, Luis Fernando y Román Robles, Nelly “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” (6).

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes con diagnóstico post-operatorio confirmatorio de apendicitis aguda que fueron intervenidos tardíamente en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas (HACH), en un período de 5 años e identificar los principales factores que condicionaron la demora en la intervención quirúrgica. Material y métodos: Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes sometidos a apendicectomías en el HACH en un período de 5 años. Se

incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de apendicitis aguda. Resultados: Se incluyeron 108 pacientes, 41 de ellos (38%) fueron intervenidos tardíamente. En 19 pacientes que fueron intervenidos tardíamente (47%), la demora fue atribuida al mismo paciente y en 22 (53%) la demora se atribuyó a los servicios de salud. Treinta y cuatro de los 41 pacientes intervenidos tardíamente (83%) sufrieron apendicitis aguda complicada (AAC). La estancia hospitalaria fue más larga para los pacientes que sufrieron AAC (13,21 días), que para aquellos que no sufrieron esta condición (3,94 días) ($p = 0,000$). Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes que se retrasan 72 o más horas desde el inicio de los síntomas hasta el acto operatorio. Los factores más importantes que condicionan la demora son: el hecho que el mismo paciente se retrasa en acudir a los servicios de salud y que existen dificultades para el traslado de los pacientes por razones geográficas. Los pacientes que tienen un retraso de 72 horas o más en ser intervenidos quirúrgicamente se complican 2.5 veces más frecuentemente que los que tienen una cirugía precoz.

Padilla Lacayo, Dudley Alberto “Diagnóstico Temprano de Apendicitis Aguda” UNAN Managua – Facultad De Medicina Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez – Nicaragua (20).

Se estudio la Sensibilidad y Especificidad de la Escala de Alvarado para el diagnóstico de Apendicitis aguda en el periodo de Abril a Diciembre 2003. El establecimiento de un diagnóstico temprano de Apendicitis Aguda permite reducir las complicaciones de la enfermedad realizando la cirugía de inmediato por lo tanto aquellos instrumentos que permitan dar mayor seguridad en el diagnóstico revisten gran importancia en virtud de disminuir las complicaciones y las cirugías innecesarias. Este estudio fue de tipo observacional, prospectivo, donde se incluyeron 135 pacientes que cumplieron los criterios de selección, fueron operados con diagnóstico de Apendicitis Aguda aplicando la Escala de Alvarado y anotando en el expediente clínico. Se relacionó la puntuación obtenida de la Escala de Alvarado para cada paciente con su reporte histopatológico que representa el Estándar de Oro para esta enfermedad.

El 76% de los pacientes en la evaluación de emergencia obtuvieron 7 puntos o más de la Escala de Alvarado y fueron llevados a sala de operaciones los restantes pasaron a un período de observación. En más del 80% de los casos estudiados la Escala de Alvarado con 7 o más puntos se correspondió con histopatología positiva para Apendicitis aguda en cualquiera de sus fases.

La Sensibilidad reportada es mayor del 80% y la Especificidad del 66% tenemos entonces que la Escala de Alvarado tiene gran valor diagnóstico y una especificidad aceptable. Se demostró que la Escala de Alvarado para Apendicitis Aguda es útil como herramienta diagnóstica ya que es aplicable de manera universal, permite el seguimiento, es de bajo costo, tiene alta Sensibilidad y buena Especificidad.

Soto López A., Aguila-Melero O., Reyes Corcho A., Consuegra Diaz J.E., Gómez Baute R. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Gineco-obstétrico Docente Universitario, Cienfuegos, Cuba, "Eficiencia diagnóstica en la Apendicitis Aguda." Cir. 2003 May-Jun; volumen 71(3):204-9, (25).

La eficiencia diagnóstica y sus medios es uno de los parámetros principales que evalúa la calidad de la atención hospitalaria de una institución y en cuanto a cirugía se refiere, la apendicitis aguda es sin duda la patología más frecuente a la que nos enfrentamos en nuestro servicio. Así concebimos determinar el grado de concordancia y otros parámetros de eficiencia diagnóstica en esta enfermedad. Se trata de un estudio analítico, longitudinal, donde se tomaron en cuenta los casos de apendicitis aguda de entre las patologías más frecuentes del abdomen agudo quirúrgico (apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, oclusión intestinal y colecistitis aguda) desde el 1 de abril hasta el 17 de junio del 2002, en su totalidad 200 casos. Para establecer la correlación se tomaron los síntomas y signos principales al ingreso; así como los diagnósticos presuntivos, operatorios, histopatológicos y laparoscópicos en los casos en que se efectuó dicho

procedimiento. Se tomó en cuenta el índice de correlación Kappa, sensibilidad, especificidad, valores predictivo positivo y negativo, y las razones de verosimilitud positiva y negativa como parámetros de eficiencia. La correlación clínico-quirúrgica encontrada fue muy buena con un valor Kappa de 0,92; la concordancia clínico-patológica fue buena con un Kappa de 0,71; siendo de la misma forma en la quirúrgica-anatomopatológica con un valor de 0,79. En cuanto a la laparoscopia la concordancia clínico-laparoscópica y quirúrgica-laparoscópica fueron pobres con un valor Kappa de 0,15.

También la concordancia entre el diagnóstico laparoscópico y anatomopatológico fue débil con un valor de 0,25. La eficiencia diagnóstica en la apendicitis aguda fue buena. No así la eficiencia laparoscópica como prueba diagnóstica.

B. MARCO CONCEPTUAL

A. DEFINICIONES

a. Apéndice vermiforme

Prolongación roma, en forma de gusano, que se extiende desde el ciego. Su longitud varía entre 7 y 15

centímetros y tiene un diámetro aproximado de 1 centímetro (10).

b. Apendicectomía

Extirpación quirúrgica del apéndice vermiforme a través de una incisión en el cuadrante inferior derecho del abdomen. La operación se realiza en la apendicitis aguda para extirpar el apéndice inflamado antes de que se rompa; también se lleva a cabo con carácter profiláctico en el curso de otras intervenciones quirúrgicas abdominales (10).

c. Plastrón

Proceso de defensa orgánica local ante la inflamación con el bloqueo normal por asas intestinales y epiplón, el cual junto con la defensa sistémica de origen inflamatorio logra el proceso (10).

B. CONCEPTO

La apendicitis aguda constituye la inflamación aguda del apéndice cecal, cuyo reconocimiento como entidad

clínica y anatomopatológica se debe a Reginald Fitz (1886). Hasta entonces la inflamación localizada en el cuadrante inferior derecho del abdomen era considerada una enfermedad del ciego (tiflitis o peritiflitis) (16).

En 1899 Mac Burney realiza una descripción magistral del cuadro clínico y evolutivo de la apendicitis aguda. Ese mismo año, Senn realiza el diagnóstico correcto de una apendicitis aguda antes de haberse perforado. Luego Murphy amplía su descripción con el llamado “esquema de Murphy”, con el cual se logra hacer más difícil el diagnóstico. En el Perú se describe a Larrea como el primer cirujano en realizar una apendicectomía y Lino Alarco realiza las primeras apendicectomías en el Hospital Dos de Mayo (14).

C. EPIDEMIOLOGÍA

La apendicitis aguda está disminuyendo, sin embargo, se debe establecer que es la causa más importante de abdomen agudo quirúrgico (26).

La mortalidad de la apendicitis aguda debe ser casi nula cuando el paciente se opera antes de las complicaciones.

En varias publicaciones se considera que la intervención temprana de la apendicitis aguda es la profilaxis para disminuir la morbimortalidad, pero la idiosincrasia de los pueblos y las costumbres ancestrales muy arraigadas en diferentes regiones persisten, que condicionan las características de una cultura médica especial, la mayoría de las veces con gran perjuicio para los pacientes e incluso con peligro de su vida.

La operación precoz, oportuna, significa la rápida recuperación del paciente y el reingreso a su actividad habitual. La operación tardía significa gran riesgo, complicaciones, estadías prolongadas, onerosos tratamientos y exámenes; además una morbimortalidad importante (24).

D. ETIOPATOGENIA

La causa más frecuente de apendicitis aguda ocurre por obstrucción del apéndice cecal, existen muchas posibilidades que determinan el inicio de este proceso (26).

La edad de presentación de ésta patología es muy variable, ocurre en todas la edades pero es más frecuente en personas jóvenes (26), entre los 10 y 20 años, se relaciona la incidencia de esta edad con el mayor desarrollo del tejido linfoide en los jóvenes y en la mayor frecuencia de patologías gastrointestinales (26), siendo poco frecuente en pacientes menores de 2 años y mayores de 60 años (16).

Hay una prevalencia en varones en comparación con las mujeres. En los adultos jóvenes la relación hombre: mujer es de 3:1 (25), se determina también esta patología en grupos familiares, lo cual avala la predisposición genética (23).

Los factores predisponentes o asociados con el cuadro apendicular, así: los excesos alimentarios, las dietas en carnes y el estreñimiento deben tenerse en cuenta (23).

La incorporación cada vez más frecuente de alimentos ricos en fibras reduciría el riesgo de apendicitis al disminuir la formación de fecalitos. Es más común en personas de raza blanca y en los que tienen alimentación con poco contenido de celulosa (16).

E. FISIOPATOLOGÍA

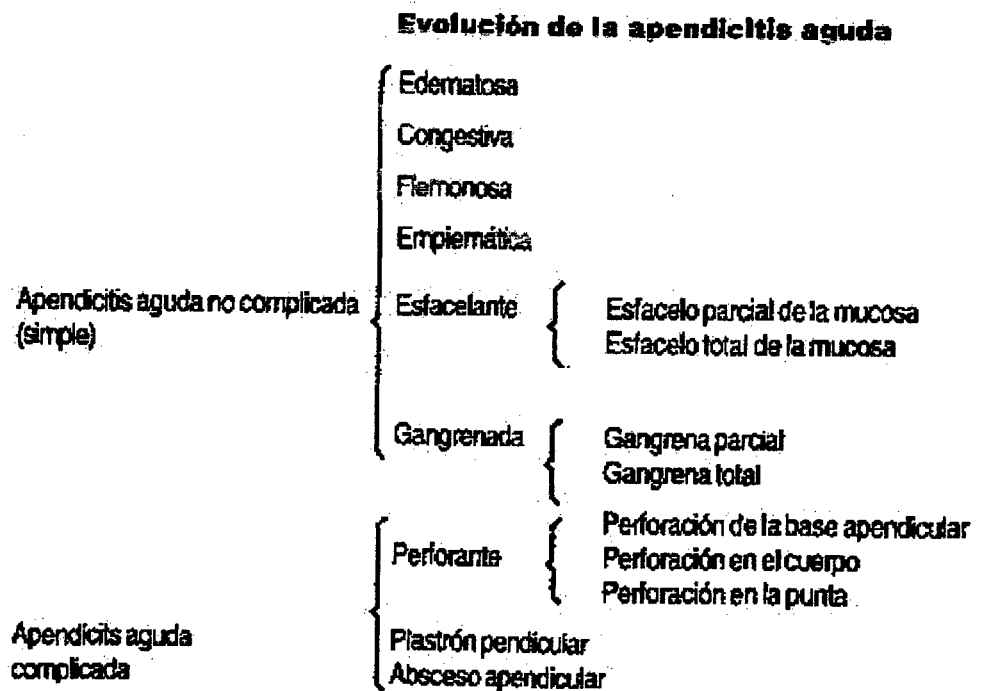
El 70% de los casos de apendicitis aguda corresponden a la obstrucción apendicular por fecalitos, hipertrofia del tejido linfoide, cuerpos extraños o invasión parasitaria. La pequeña luz del apéndice cecal puede ser obstruida por fecalitos u otro tipo de residuos en cuya formación contribuyen en la éstasis colónicas y los hábitos alimentarios. Cualquiera sea la causa de la obstrucción, se establece su virulencia y determina la invasión de la mucosa, que puede acompañarse o no de isquemia, que favorecería mayor invasión microbiana (23).

La obstrucción está producida por: a) hiperplasia de los folículos linfoides de la submucosa, especialmente en los niños y en los adolescentes; esto coincide con el pico máximo de aparición de la apendicitis aguda; b) fecalitos, que pueden ocluir la luz apendicular (en los adultos), y cuya aparición se ve favorecida por el estreñimiento y la mayor consistencia de las heces, esto explicaría la escasa frecuencia de la apendicitis en las tribus africanas que viven, según sus usos tradicionales, con una dieta rica en residuos y c) cuerpos extraños, restos alimentarios no digeridos, parásitos (áscaris, oxiuros), tumores apendiculares (carcinoide), tumores de ciego que en su crecimiento afectan la base apendicular, bridas que provocan una acodadura del apéndice (23).

La invasión del apéndice por anaerobios es menos frecuente de lo que suele creerse (20%). Los gérmenes que con más frecuencia se hallan, son en mayor proporción anaerobios, el más importante es la *Escherichia coli*, se hallaron también enterococos y estreptococos con bastante frecuencia (23).

F. CLASIFICACIÓN

De acuerdo a la evolución, vías de contaminación, repercusión en el estado del paciente, de este a la noxa y en base a la clasificación de Murphy, se agrupan las manifestaciones en: apendicitis no complicada, apendicitis complicada.



Fuente: Romero Torres Pág. 1050

a) APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA

(i) Apendicitis Congestiva o Catarral

En la primera fase, existe una escasa exudación neutrofílica de la mucosa, submucosa y muscular propia. Los vasos subserosos están congestivos y con frecuencia hay un discreto infiltrado neutrofílico perivascular. Cuando este hallazgo se asocia con ulceración de la mucosa se diagnostica apendicitis aguda. Microscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa, se llama apendicitis congestiva o catarral (10).

(ii) Apendicitis Flemonosa o Supurativa

Fase más avanzada, se produce un exudado neutrofílico prominente que da lugar al exudado fibrinopurulento de la serosa. La supuración puede disecar el tejido apendicular y peri apendicular sin la necesidad de constituir una verdadera perforación, formando zonas de necrosis supurada y ulceraciones variables en la submucosa. Además existe ya infiltración de eosinófilos, células plasmáticas e

histiocitos diseminados a través de las capas apendiculares (23).

(iii)Apendicitis Gangrenosa o Necrótica

Se forman áreas de ulceración hemorrágica en la mucosa de color verdoso junto a necrosis gangrenada negro-verdoso que se extiende a la serosa, donde se puede identificar focos de perforación. Debido al daño vascular con lo que se trombosan las venas del meso apéndice y este hecho producen éstasis y hemorragias vasculares, la otra se debe a la obstrucción completa del lumen que causa severa estenosis y a la distensión importante de éste, por material fecal y secreciones. Microscópicamente puede presentar necrosis parcial o total del órgano con extensas áreas de hemorragia, depósito de fibrina, se encuentra que el proceso inflamatorio comprometen todo el espesor de la pared, apendicular, con necrosis parcial o infarto, donde se pueden identificar focos de perforación, el tejido

adyacente a la perforación está aumentado de consistencia y es de coloración grisácea (23).

b) APENDICITIS AGUDA COMPLICADA

Dentro de ésta forma evolutiva se presenta la forma perforada que es producto de la gangrena de todas las capas apendiculares provocada por la gran virulencia de los gérmenes y otros factores coadyuvantes. Dicha perforación puede ocurrir en la base, en el cuerpo o en la punta apendicular; en este último sitio ocurre la mayor frecuencia de presentación (17).

Debido a la presencia de gérmenes de alta virulencia, el plastrón apendicular, debido al bloqueo del proceso inflamatorio, se produce abundante fibrina, la cual es caldo de cultivo para la producción de material purulento constituido por polimorfonucleares abundantes, detritos y gérmenes con lo cual tipifican al plastrón como absedado.

Una de las afecciones más graves de la patología quirúrgica abdominal, es la peritonitis; la que produce en

primer lugar la apendicitis aguda. Pueden presentarse como cuadros localizados u como cuadros peritoneales generalizados primarios, es decir, con una corta evolución de la apendicitis aguda, por factores de gran virulencia del cuadro o por efecto de disminución de la defensa orgánica, la apendicitis se perfora y rápido ocurre la generalización del cuadro clínico, con gran compromiso general, o como sucede otras veces, peritonitis secundaria al cuadro evolutivo apendicular, con la secuencia de inflamación apendicular, reacción localizada del peritoneo, perforación del apéndice y luego generalización (17).

Debe tenerse siempre en cuenta que una peritonitis generalizada por apendicitis aguda, es sinónimo de alta tasa de morbimortalidad y que las complicaciones sépticas y sistémicas son muy frecuentes, además, ha de recordarse que en la fase de peritonitis generalizada, si no se cuenta con datos anamnésticos precisos, es muy difícil efectuar un diagnóstico preciso (17).

G. CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico clásico es de dolor epigástrico sin síntomas que lo precedan; de intensidad moderada, que migra a la fosa ilíaca derecha en el lapso de 4 a 8 horas. Anorexia y náuseas durante este período son frecuentes. Habitualmente en el momento de consultar el dolor ya se encuentra localizado en la fosa ilíaca derecha. Taquicardia, temperatura axilar entre 37 y 38 grados con diferencia axilo-rectal de 1 grado y el dolor localizado en la fosa ilíaca derecha con resistencia muscular, son los hallazgos más característicos.

Signos de irritación peritoneal (Blumberg) pueden estar presentes o no ser evidentes. Es poco frecuente que una apendicitis aguda se presente con dolor abdominal intenso, temperaturas entre 39 y 40 grados o diarrea. Ante estos hallazgos es preferible pensar en otros cuadros abdominales. El recuento de leucocitos cuando está elevado sobre 12000 apoya fuertemente el diagnóstico de apendicitis aguda.

Si así no ocurriera y persisten dudas sobre el diagnóstico la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada

(TAC) pueden ser de utilidad para confirmar el diagnóstico o para detectar alguna otra condición intraabdominal que explique el cuadro clínico. La laparoscopia también se ha incorporado durante la última década al diagnóstico de la apendicitis aguda particularmente en mujeres jóvenes con un cuadro clínico arrastrado, no definido después de 24 a 48 horas de observación (8).

Apendicitis aguda en el anciano, la clínica es evidentemente la misma que en el adulto, pero las manifestaciones son más tenues, lo que puede conducir a errores importantes, el dolor puede ser muy leve y a veces inadvertida, en otras ocasiones se examina a pacientes en etapa de reacción peritoneal que no representa contractura ni defensa muscular y muestra incluso un abdomen abombado, muy blando y depresible.

H. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es en esencia el diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda el del abdomen agudo.

Es preferible una intervención quirúrgica temprana en caso de duda a tener que esperar la peritonitis localizada o generalizada, que reporta mayor riesgo y morbilidad.

Las afecciones más frecuentes que corresponden al tratamiento médico para el diagnóstico diferencial son:

- Fiebre Tifoidea: comienza con dolor difuso y no se localiza en fosa ilíaca derecha, puede iniciarse con vómitos. Las pruebas laboratoriales son específicas solo después de 8 a 10 días de comenzado la enfermedad.
- Gastroenterocolitis: se inicia con flatulencia, vómitos, náuseas y episodios diarreicos.
- Intoxicación alimentaria: acompañada de indigestión y el antecedente reciente es importante.
- Colecistitis aguda: comienza con el clásico dolor biliar, a la palpación la zona dolorosa se sitúa en el hipocondrio derecho y zona subcostal; aunque en casos de apendicitis subhepática pueden confundirse, siendo la ecografía de gran utilidad diagnóstica.

- Plastrón vesicular: de igual forma que la colecistitis aguda, el antecedente de patología biliar guía el diagnóstico.
- Pancreatitis aguda: el dolor es más intenso y periumbilical con irradiación dorsolumbar. Los exámenes laboratoriales son de gran ayuda.
- Obstrucción intestinal alta: se presenta con meteorismo, los vómitos son precoces. No hay elevación térmica. En obstrucción baja los vómitos son tardíos y predomina el íleo.
- Patología renal aguda: a) cólico renal: el dolor irradiado a los genitales orienta el diagnóstico, b) hidronefrosis: a la palpación se logra distinguir tumoración en fosa ilíaca derecha, además que no evoluciona como la apendicitis aguda y c) pielonefritis.

Alteraciones ginecológicas: sobre todo en mujeres jóvenes, debe descartar en caso de duda.

- Embarazo ectópico tubárico derecho: el dolor casi nunca sigue la cronología apendicular aguda, acompañado siempre de la búsqueda de signos de embarazo.

- Quiste torcido de ovario: la clínica relatada se presenta en forma simultánea, sin secuencia; además no hay hiperestesia cutánea.
- Salpingitis aguda: por lo general es bilateral, y casi siempre hay sintomatología vulvovaginal (7).

I. TRATAMIENTO

a. Tratamiento operatorio convencional

El objetivo estará centrado en reseca el órgano enfermo y si existe una peritonitis se procederá además a lavar y drenar la cavidad abdominal, la vía de abordaje dependerá del estado del proceso. En los procesos de pocas horas de evolución, bastará una incisión de Mac Burney o una incisión transversa a lo Roque Davis (11).

Si el proceso tiene varias horas o días de evolución, será necesario abordar con una incisión amplia (Paramediana derecha, transrectal infraumbilical) que permita una buena exéresis, lavado peritoneal y drenaje (11).

La extirpación del apéndice puede ser en forma clásica con sección del meso apendicular y su arteria; luego sección del apéndice desde su base previa ligadura de la misma, a su vez el muñón apendicular puede ser dejado libremente o ser invaginado mediante una jareta (11).

b. Tratamiento por vía laparoscópica

En la actualidad se emplea la técnica laparoscópica para el tratamiento quirúrgico de las diferentes formas de la apendicitis, aprovechando que dicha técnica ofrece un buen campo operatorio, una excelente iluminación, permite un completo lavado de la cavidad abdominal y un adecuado drenaje, disminuyen la posibilidad de absceso residual. Como las pequeñas incisiones no contactan con pus ni con la pieza operatoria, no se infectarán; no habrá o serán mínimas las posibilidades de infección de herida operatoria, la pequeñez de las incisiones también minimiza la posibilidad de eventración (11).

J. FACTORES QUE CONDUCEN AL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO

En muchos estudios se ha encontrado que las tasas de perforación se correlacionan con el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento. La mayoría de los pacientes acuden a la consulta entre las 12 y 48 horas de iniciado el cuadro apendicular, y el 98% refiere dolor en fosa ilíaca derecha. Se reporta menos de 20% de perforaciones en cuadros de 24 horas de evolución, pero estas cifras aumentan a 70% a las 48 horas de evolución del cuadro apendicular (9).

En varios estudios se ha cuestionado la causa del retraso del tratamiento de apendicitis aguda, con resultados variables. Las causas del retraso comprenden:

- Contacto inicial tardío con cuidado de la salud por el paciente
- Retraso de la solicitud de consulta quirúrgica, o retraso entre el envío a servicios de cirugía
- Retraso en el tratamiento operatorio.

De tal forma que un bajo nivel cultural y socioeconómico determina desconocimiento de la patología y un difícil acceso al servicio médico (9).

Los retrasos debido a diagnóstico no claro podrían abreviarse mediante avances tecnológicos lo que conduciría a tasas de perforación más bajas. Si el retraso se debe a presentación tardía del enfermo, las tasas de perforación podrían disminuir mediante educación del paciente, más que con recursos diagnósticos mejorados. Además, los retrasos dependientes de falla de consideración de apendicitis en el diagnóstico diferencial pueden reducirse por medio de educación del prestador de atención en salud, o con pruebas diagnósticas mejoradas (9).

La naturaleza contradictoria de esos señalamientos da pie a concluir que el problema del diagnóstico tardío debe seguir abordándose con educación del paciente y de los prestadores de cuidado de la salud que tienen el contacto inicial con el enfermo, así como educación continua de cirujanos respecto a los datos pertinentes de apendicitis. Esto debe de acompañarse de estudios en los que se valore dónde está

ocurriendo el retraso en diversas poblaciones de pacientes, e instituciones posterior de intervenciones apropiadas, con base en las deficiencias que se identifiquen (9).

CAPITULO III

MATERIAL Y METODOS

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS. INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

La técnica por la cual se va a realizar la investigación es observacional, revisando historias clínicas para la recolección de datos.

1.2 Instrumento

En esta investigación se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos (Anexo 1), donde se registraron todos los datos en relación con los objetivos del estudio, la cual resume la operación orientada para la creación de la matriz de datos de la siguiente manera:

- ✓ **Variable Independiente:** Grado de instrucción de los pacientes con apendicitis aguda.
- ✓ **Variable Dependiente:** Enfermedad por apendicitis aguda.

INDICADORES	CONCEPTO	SUB INDICADORES	ESCALA
Grado de instrucción	Años de estudios realizados.	<ul style="list-style-type: none"> · Analfabeto · Primaria (completa/incompleta) · Secundaria(completa/incompleta) · Superior (completa/incompleta) 	Razón
Sexo	Características microscópicamente de los genitales externos de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> · Masculino · Femenino 	Ordinal

Edad	Tiempo que ha vivido una persona	<ul style="list-style-type: none"> · 14 - 24 años · 25 – 35 años · 36 a más 	Ordinal
Tiempo de evolución	Lapso comprendido entre inicio de los síntomas hasta el momento en que acude al hospital.	<ul style="list-style-type: none"> · < 6 horas · 6-12horas · 13-24 horas · 25-48horas · 49-72 horas · > 73 horas 	Ordinal
Estadio de la enfermedad	Estadios evolutivos de la Apendicitis Aguda.	<p>Apendicitis Aguda No Complicada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis congestiva • Apendicitis flemonosa • Apendicitis gangrenada <p>Apendicitis Aguda Complicada</p>	Nominal

1.3 Materiales de Verificación

Historias clínicas, siendo registradas en las fichas de recolección de datos.

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. Ubicación espacial:

La investigación se realiza en el Hospital Hipólito Unanue en el Servicio de Cirugía de Tacna-Perú.

2.2 Ubicación temporal:

Se toman los casos registrados en el año 2007.

2.3 Unidad de estudio:

Pacientes con Apendicitis Aguda hospitalizadas en el Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el año 2007.

✓ Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad igual o mayor de 14 años y de ambos sexos.
- Pacientes diagnosticados de apendicitis agudas e intervenidas quirúrgicamente durante el período de estudio.
- Pacientes cuyos datos clínicos estén completos.

✓ **Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de 13 años.
- Pacientes cuya información no este completa o su historia clínica no se encuentre en el área de estadística.
- Paciente gestante con diagnóstico de apendicitis aguda.

2.3.1 Población y muestra

Está constituido por 170 pacientes diagnosticados de Apendicitis Aguda en el Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue – MINSA, de las cuales se tomó 104 historias debido a que cumplían con los criterios de inclusión.

3. TIPO DE INVESTIGACION

3.1 Según la dirección temporal

- **Retrospectivo:** los datos necesarios serán recolectados de las historias clínicas de los pacientes con el

diagnóstico de Apendicitis Aguda durante el período de enero a diciembre del 2007.

3.2 Según el número que se realiza la medición

- **Transversal:** porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento.

3.3 Según el nivel de investigación

- **Relacional:** porque busca relacionar cierta característica del paciente con patología apendicular.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1 Criterios para el manejo de resultados

4.1.1 A nivel de la recolección

Revisaremos el registro de altas para identificar a los pacientes que fueron diagnosticados con Apendicitis Aguda, luego se ubicarán las historias clínicas en el área de estadística del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.1.2 A nivel de sistematización

Para el procesamiento de los datos se procederá a tabular manualmente los datos recogidos, para luego convertirlos al sistema digital, para su posterior análisis con Microsoft Office Excel 2003 for Windows.

Los resultados serán presentados, mediante tablas y gráficos los que serán elaborados con el programa Microsoft Office Word 2003.

4.1.3 A nivel de estudio de datos

Basados en los resultados obtenidos las variables se describirán en frecuencias absolutas (n) y las frecuencias relativas en (%).

Para la comparación de variables ordinales usaremos la prueba estadística no paramétrica de correlación del rango de Spearman (r_s).

$$r_s = 1 - \frac{6\sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 01

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA SEGUN
SEXO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA

SEXO	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	52	50
FEMENINO	52	50
TOTAL	104	100

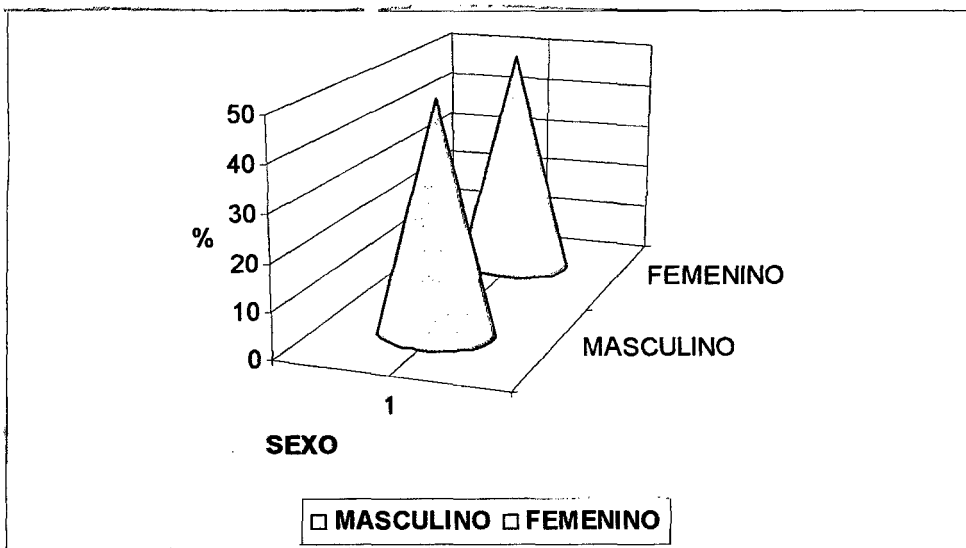
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

Se observa que del total de la población el 50% de pacientes es de sexo masculino y el 50 % de pacientes de sexo femenino con diagnóstico de Apendicitis Aguda. No se encontró diferencia significativa por un sexo en la población estudiada.

Pero en la literatura conocemos que existe mayor incidencia por el sexo masculino con una relación H/M de 2:1.

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA SEGUN SEXO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

TABLA N° 02

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA SEGUN
EDAD EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA**

EDAD	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
14 - 24 años	46	44,24
25 – 35 años	29	27,88
36 a más	29	27,88
TOTAL	104	100

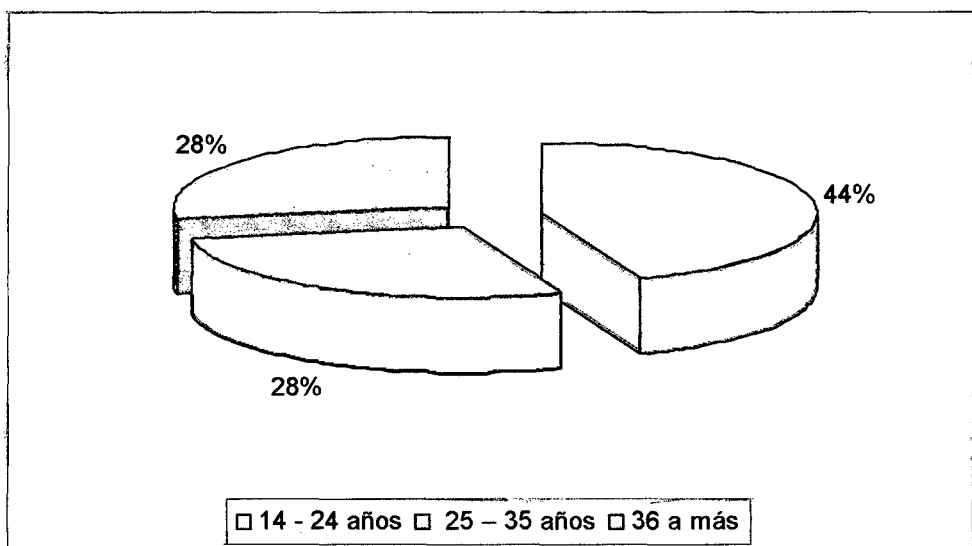
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

Podemos observar que del total de pacientes que presentan Apendicitis Aguda existe una diferencia significativa afectándose en mayor proporción a los de 14 a 24 años (44,24%) mientras que los otros grupos etarios representan el 27,88% comprendido entre las edades de 25 a 35 años y mayor de 36 años.

Como sabemos con otros estudios realizados y la literatura de base la Apendicitis Aguda alcanza su máxima frecuencia entre la segunda y la tercera década de la vida.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA SEGUN EDAD EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

TABLA N° 03

**GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES CON APENDICITIS
AGUDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
ANALFABETO	0	0
PRIMARIA INCOMPLETA	6	5,77
PRIMARIA COMPLETA	6	5,77
SECUNDARIA INCOMPLETA	21	20,19
SECUNDARIA COMPLETA	49	47,12
SUPERIOR INCOMPLETA	13	12,5
SUPERIOR COMPLETA	9	8,65
TOTAL	104	100

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007

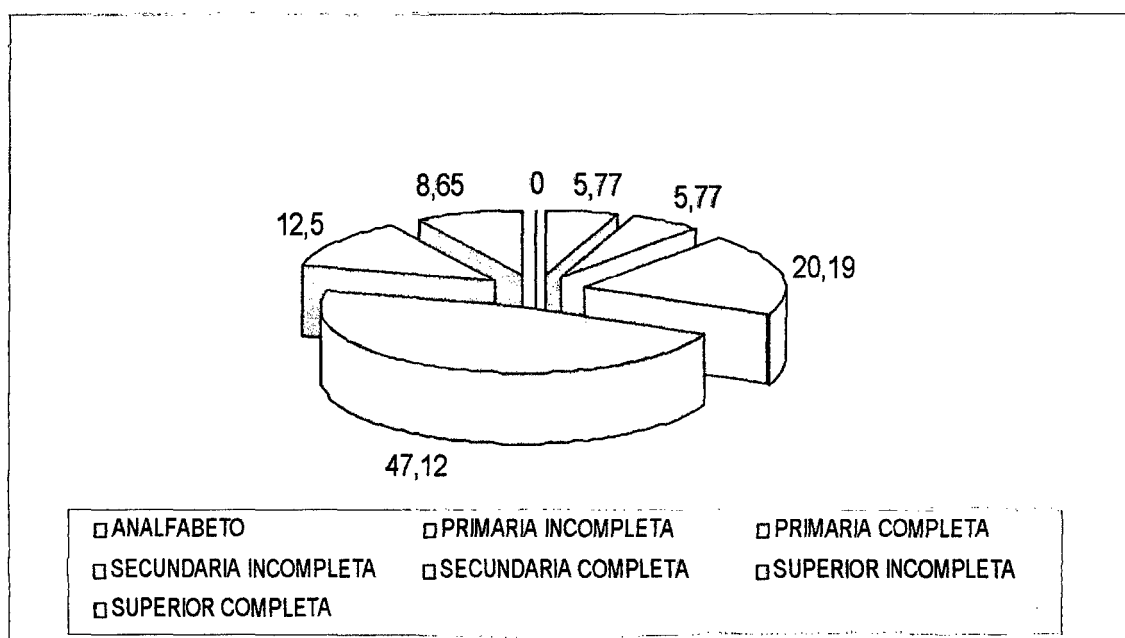
Apreciamos que la mayoría de los pacientes poseen un grado de instrucción de secundaria completa siendo 47,12%, con un total de 49 pacientes; secundaria incompleta 20,19% y no se encontró pacientes analfabetos.

Esto nos demuestra que el grupo de pacientes que fueron estudiados tienen cierto grado de instrucción, en relación a la Tabla N° 02 corresponde al grupo etario de 14 a 24 años con mayor frecuencia en comparación de los otros grupos.

GRÁFICO N° 03

GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES CON APENDICITIS

AGUDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007

TABLA N° 04

**PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA SEGUN RECIBIO
ANALGESICOS – ANTIESPASMODICOS EN EL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE – MINSA**

RECIBIO ANALG-ANTIESP	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
SI	34	32,69
NO	70	67,31
TOTAL	104	100

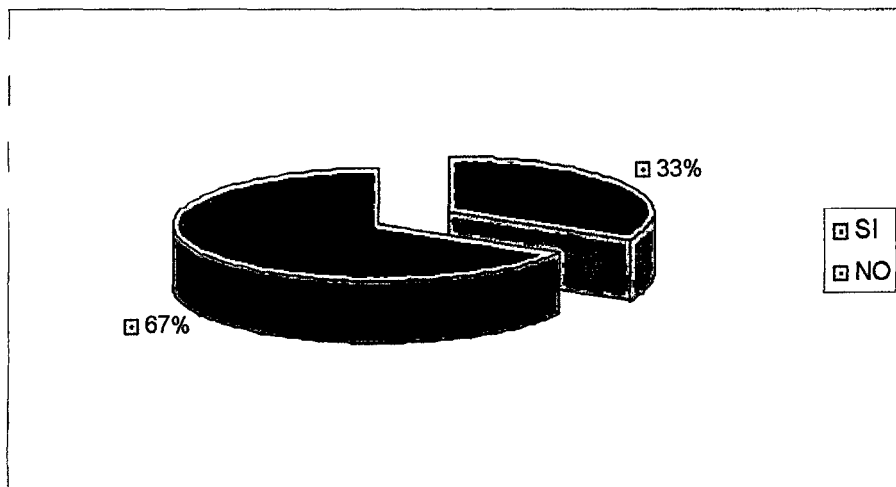
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

Se observó que del total de la población estudiada, la tercera parte de los pacientes con apendicitis aguda si recibieron analgésicos y/o antiespasmódicos previamente (32,69%) y siendo muy significativo que el mayor número de los pacientes no recibieron medicación (67,31%) de forma previa al diagnóstico.

Podemos determinar que debido a que nuestra población presenta cierto nivel educativo, que al iniciar con un cuadro doloroso abdominal trata de no automedicarse y acudir de inmediato a recibir atención profesional.

GRÁFICO N° 04

**PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA SEGUN RECIBIO
ANALGESICOS – ANTIESPASMÓDICOS EN EL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE – MINSA**



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007

TABLA N° 05

**TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LA APENDICITIS AGUDA EN LOS
PACIENTES DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA**

TIEMPO DE ENFERMEDAD	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
< 6 horas	0	0
6 - 12 horas	0	0
13 - 24 horas	46	44,23
25 - 48 horas	50	48,08
49 - 72 horas	8	7,69
>72 horas	0	0
TOTAL	104	100

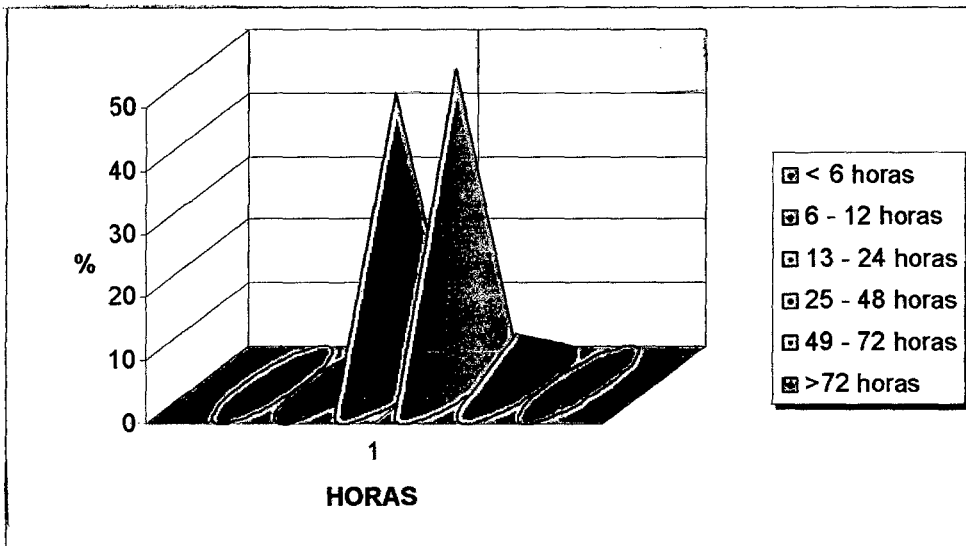
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

Observamos que de los pacientes estudiados, el 92,31% acude al hospital en las primeras 48 horas de evolución, donde determinamos que el 48,08% acudieron entre 25 a 48 horas y el 44,23% entre 13 a 24 horas, además ningún paciente acudió antes de las 12 horas y después de las 72 horas, pero un 7,69% corresponde entre 49 a 72 horas de iniciado el cuadro clínico de la Apendicitis Aguda.

La mayoría de la población acude tempranamente para recibir atención médica de manera rápida y oportuna, por lo cual es un factor que influye en la presentación de apendicitis complicada y no complicada.

GRÁFICO N° 05

TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LA APENDICITIS AGUDA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007

TABLA N° 06

**ESTADIO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON
APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA**

ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
Apendicitis Aguda Congestiva	27	25,96
Apendicitis Aguda Flemonosa	27	25,96
Apendicitis Aguda Gangrenosa	21	20,19
Apendicitis Aguda Complicada	29	27,89
TOTAL	104	100

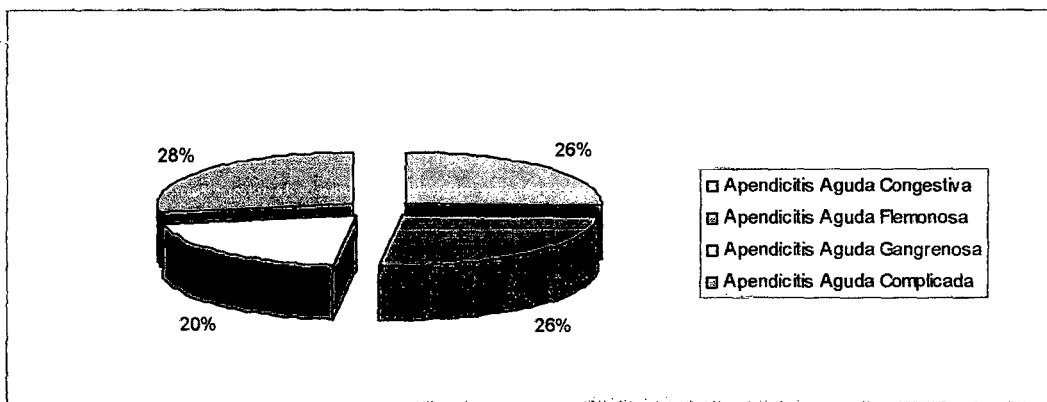
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

Apreciamos que de los pacientes estudiados el mayor porcentaje tuvieron la forma no complicada (72,11%) que incluye Apendicitis Aguda Congestiva 25,96%; Apendicitis Aguda Flemonosa 25,96% y Apendicitis Aguda Gangrenosa con 20,19% y casi la tercera parte con el 27,89% Apendicitis Aguda Complicada.

Se puede decir que los porcentajes se encuentran repartidos casi equitativamente por cada estadio de apendicitis aguda, pero hay una diferencia significativa entre las apendicitis agudas complicadas y no complicadas, por lo que se relaciona con tiempo de enfermedad que presenta nuestra población de recibir atención medica antes de las 48 horas de iniciado los síntomas.

GRÁFICO N° 06

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

TABLA N° 07

**ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON APENDICITIS
AGUDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA**

ESTANCIA HOSPITALARIA	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
< 3 días	0	0
3 - 5 días	77	74,04
6 - 10 días	22	21,15
11 - 15 días	5	4,81
> 15 días	0	0
TOTAL	104	100

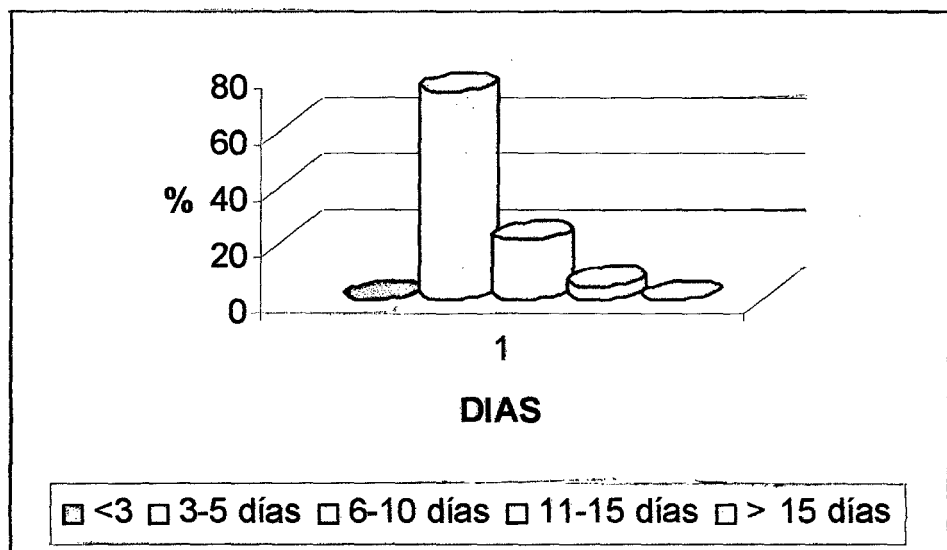
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

Observamos que la mayor parte de la población tuvo un período de hospitalización de 3 a 5 días siendo 74,04%; luego de 6 a 10 días con el 21,15%; entre 11 a 15 días de 4,81%; no se encontró estancia hospitalaria menor de 3 y mayor de 15 días en los pacientes estudiados.

Se puede analizar que los días de estancia hospitalaria están relacionados con en el diagnóstico y evolución postoperatoria, la medicación antibiótica apropiada y la aparición de complicaciones.

GRÁFICO N° 07

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE – MINSA



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007

TABLA N° 08

RELACION DEL GRADO DE INSTRUCCION CON EL TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LA APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL

HIPOLITO UNANUE - MINSA

TIEMPO DE ENFERMEDAD \ GRADO DE INSTRUCCION	TIEMPO DE ENFERMEDAD					
	< 6 hs	6 - 12 hs	13 - 24 hs	25 - 48 hs	49 - 72 hs	> 72 hs
ANALFABETO	0	0	0	0	0	0
PRIMARIA INCOMPLETA	1	0	3	1	1	0
PRIMARIA COMPLETA	2	4	9	2	2	2
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	6	23	8	5	2
SECUNDARIA COMPLETA	0	2	7	4	0	0
SUPERIOR INCOMPLETA	0	3	2	2	1	1
SUPERIOR COMPLETA	0	0	1	2	2	1
TOTAL	8	15	45	19	11	6

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

$r_s = 0,48$.

En el grado de Secundaria incompleta se encuentra que un tiempo menor de 48 horas se halló 42 pacientes y después de las 49 horas se encontró 7 que hacen un total de 49 pacientes.

En el grado de Primaria completa se encuentra que con un tiempo menor de 48 horas se encontró 17 pacientes y pasadas las 49 horas del inicio del cuadro clínico son 4 del total de 21 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda.

En estos grados de instrucción mencionados encontramos que el mayor número de pacientes un tiempo menor de 48 horas, debido a que

nuestra población acude a recibir atención médica en el menor tiempo posible.

Por lo que podemos decir que a mayor nivel educativo que presenta el paciente no va acudir de manera rápida a recibir atención médica y va a tener un mayor tiempo de iniciado el cuadro clínico. El índice de correlación es positivo y débil entre ambas variables, que corresponde a $r_s = 0,48$.

TABLA N° 09

RELACION DEL GRADO DE INSTRUCCION CON EL ESTADIO DE ENFERMEDAD DE LA APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL

HIPOLITO UNANUE - MINSA

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD \ GRADO DE INSTRUCCIÓN	APENDICITIS AGUDA CONGESTIVA	APENDICITIS AGUDA FLEMONOSA	APENDICITIS AGUDA GANGRENOSA	APENDICITIS AGUDA COMPLICADA
ANALFABETO	0	0	0	0
PRIMARIA INCOMPLETA	3	0	1	2
PRIMARIA COMPLETA	5	6	6	4
SECUNDARIA INCOMPLETA	14	10	8	17
SECUNDARIA COMPLETA	3	5	4	1
SUPERIOR INCOMPLETA	2	4	1	2
SUPERIOR COMPLETA	0	2	1	3
TOTAL	27	27	21	29

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

$r_s = 0,4.$

En el grado que representa el mayor número de pacientes (49) es secundaria incompleta donde 32 tienen Apendicitis Aguda no complicada teniendo 14 pacientes Apendicitis Aguda Congestiva, 10 y 8 pacientes Apendicitis Aguda Flemonosa y Gangrenosa respectivamente. Del total, 17 pacientes tienen apendicitis aguda complicada. Siendo el doble de pacientes que presentan Apendicitis Aguda no complicada.

En el grado de Secundaria completa que corresponde a un total de 13 de los cuales 12 de ellos tiene apendicitis aguda no complicada, siendo el mayor número pacientes en la Apendicitis Aguda Flemonosa (5).

En el grado Primaria completa representado por el total de 21 pacientes, donde 17 y 4 de ellos tienen Apendicitis Aguda no complicada y complicada respectivamente.

Los pacientes estudiados con nivel educativo adecuado al presentar un cuadro doloroso no acuden rápidamente a un centro hospitalario, por ende llegan a tener apendicitis complicada en su mayoría de los casos.

El índice correlacional es positivo y débil entre ambas variables, siendo $r_s = 0,4$.

TABLA N° 10

**RELACION DEL TIEMPO DE ENFERMEDAD CON EL ESTADIO
DE LA ENFERMEDAD DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE – MINSA**

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD TIEMPO DE ENFERMEDAD	APENDICITIS AGUDA CONGESTIVA	APENDICITIS AGUDA FLEMONOSA	APENDICITIS AGUDA GANGRENOSA	APENDICITIS AGUDA COMPLICADA
< 6 horas	4	2	2	0
6 -12 horas	5	3	4	3
13 - 24 horas	11	15	8	11
25 - 48 horas	4	4	4	7
49 - 72 horas	1	1	2	7
> 72 horas	2	2	1	1
TOTAL	27	27	21	29

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Hipólito Unanue 2007.

$r_s = 0,4$

En el periodo de evolución del cuadro clínico encontramos mayor número de pacientes es en el de 13 a 24 horas siendo 45, de los cuales corresponde a Apendicitis Aguda no Complicada 34 siendo Apendicitis Aguda Flemonosa 15 pacientes y 11 son Apendicitis Aguda Complicada.

En el tiempo de evolución de 25 a 48 horas encontramos 19 pacientes diagnosticados de los cuales 12 y 7 pacientes corresponden al estadio de Apendicitis aguda no complicada y complicada respectivamente.

En las 6 a 12 horas se encontró un total de 15 pacientes de los en el estadio de apendicitis aguda no complicada son 12 pacientes y 3 son complicadas.

El tiempo que representa mayor frecuencia de pacientes es de 48 horas de iniciado el cuadro clínica por lo que se puede determinar que nuestra población estudiada, iniciado el cuadro clínico de la enfermedad acude tardíamente a recibir atención profesional, presentando el estadio complicado de la apendicitis aguda.

El índice de correlación entre ambas variables es positivo y poco significativo ($r_s = 0,4$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró un total de 170 historias clínicas de los cuales de acuerdo a los criterios de inclusión se trabajó con 104 pacientes con Apendicitis Aguda que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía durante el año 2007, en el Hospital Hipólito Unanue – MINSA.

En la **TABLA N° 01** la distribución según sexo en este trabajo realizado no se muestra diferencia significativa siendo 52 pacientes mujeres y 52 hombres, no existiendo predominio por un sexo, la relación H/M de 1:1; siendo para el sexo femenino y masculino 50% respectivamente; pero según la literatura de base se considera que la incidencia de apendicitis en el sexo masculino es de 1,33 x 1000 habitantes; 0,99 por 1000 habitantes en el sexo femenino y puede presentarse en cualquier década de la vida (4). Afecta ambos sexos con una proporción hombre-mujer según diferentes autores de 2:1 y 3:2 (21), en otros estudios realizados se encontró predominio por el sexo masculino 58,33%, con respecto al sexo femenino 41,67% (9), otro estudio muestra lo contrario 42,4% por el sexo masculino y 57,6% por el sexo femenino otro estudio también muestra predominio por el sexo femenino con

33.33% con diagnóstico de Apendicitis Aguda Complicada, además de que en otros estudios predomina el sexo masculino en Apendicitis Aguda no complicada (9).

En la **TABLA N° 02** la distribución según edad de los pacientes con Apendicitis Aguda, predomina los pacientes con edades de 14 a 24 años con el 44,23%, siendo confirmado estos datos con la literatura de base donde la apendicitis aguda se puede presentar en cualquier edad, pero su incidencia aumenta durante la infancia y alcanza un pico entre los 10 y 30 años, declinando a partir de la cuarta década. En los adultos jóvenes la relación hombre: mujer es de 3:1, igualándose a la edad de 30 años (23).

Según estudios realizados en los que figuran pacientes menores de 30 años con un 50% con diagnóstico de Apendicitis Aguda Complicada (9), otro estudio demuestra que la apendicitis puede presentarse en cualquier época de la vida, observando que el 84,89% y el 52% de pacientes con Apendicitis Aguda no Complicada y Complicada respectivamente estuvo comprendido entre los 15 y 45 años. Como se sabe la Apendicitis Aguda si bien es cierto puede presentarse a cualquier edad y alcanza su máxima frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida (7), otro estudio demuestra que la mayor parte de pacientes con

Apendicitis Aguda pertenecen a los grupos de edad entre 10 a 39 años (16).

La literatura utilizada y los estudios encontrados confirman, presentando resultados similares a nuestro estudio realizado.

También se demuestra que el grupo atareo de 25 a 35 años y de 36 años a más presentan un 27,88% respectivamente.

En la **TABLA N° 03** el grado de instrucción de los pacientes con apendicitis aguda estudiados se observa que un 47,12% tuvieron secundaria completa. Estos resultados son similares a los reportados por otros trabajos en donde el grado de instrucción de los pacientes estudiados el 43,33% de ellos tuvieron secundaria, el 21,66% instrucción superior y no tuvieron ningún caso de pacientes analfabetos (16), otro estudio se encuentra que un 89,72% de pacientes solo contaron con estudios básicos, lo que contribuye a que estos hayan tenido un nivel cultural y por lo tanto acciones poco oportunas, favoreciendo al incremento de la Apendicitis Aguda Complicada (9).

En la **TABLA N° 04** los pacientes con Apendicitis Aguda según recibió analgésicos y/o antiespasmódicos, se observó que la mayoría de la población estudiada no recibió medicación previa al diagnóstico siendo

67,31% con un número de 70 pacientes, y los que si recibieron medicación hace un total de 32,69%; según estudios realizados demuestran resultado similar que el 42,9% recibió analgésicos previo al diagnóstico de apendicitis aguda en emergencia (15), pero otro estudio demuestra lo contrario, que los pacientes se automedicaron fueron el 67,29% de los cuales predominaron analgésicos con 28,04%, de los antiespasmódicos el 27,10%, otro estudio se encuentra que el 50% de los pacientes que fueron vistos por un médico que no consideró la apendicitis aguda como diagnóstico diferencial, recibiendo el paciente en muchas oportunidades analgésicos, antiespasmódicos, antibióticos los cuales enmascararon el cuadro y dificultaron el diagnóstico (9).

Es conocido la enseñanza tradicional quirúrgica que los pacientes son mejor evaluados sin los efectos de los narcóticos u otro tipo de analgésicos.

En la **TABLA N° 05** el tiempo de enfermedad de la Apendicitis Aguda ha sido demostrado el factor más influyente en el incremento de la presentación de la apendicitis aguda en nuestro estudio, se encontró que la población acude al hospital antes de las 48 horas de iniciado el cuadro clínico, que representa el 92,31%. Comparado con otros estudios

similares donde más del 60% de los pacientes estudiados acudió al hospital en las primeras 36 horas de evolución. Donde el 20% de los mismos acuden antes de las 12 horas del período preoperatorio y el 25% de los pacientes solicitaron atención hospitalaria pasadas las 48 horas del período preoperatorio (16), otro trabajo demuestra lo contrario que el 60,75% de los pacientes acudieron al hospital luego de las 48 horas de los cuales de 49 a 72 horas de iniciado el cuadro corresponde al 36,45% y de más de 72 horas equivale al 24,30% (9).

En la **TABLA N° 06** en el estadio de la enfermedad se observó que de los pacientes estudiados el mayor porcentaje correspondería a las no complicadas con un total de 72,11%; siendo la más frecuente la Apendicitis Aguda Congestiva 25,96% y la Apendicitis Aguda Flemonosa 25,96%; seguido de la Apendicitis Aguda Gangrenosa con 20,19% y de la Apendicitis Aguda Complicada el 27,88%.

Podemos decir que el porcentaje se encuentra distribuido en forma casi equitativamente entre los estadios de la apendicitis aguda, pero hay una diferencia significativa entre las apendicitis agudas complicadas y no complicadas y esto se puede deber a que el mayor número de pacientes

de nuestra población va a recibir atención médica antes de las 48 horas de iniciado los síntomas.

Comparando con otros estudios nacionales, tenemos resultados que son similares donde los pacientes estudiados el 90% de ellos presentaron la forma no complicada de la enfermedad, siendo más frecuente la forma Congestiva. El restante de pacientes presentaron la forma complicada el 10% (16), otro estudio confirma que el 100% de casos pertenecía a las formas no complicada de la enfermedad (16).

En la **TABLA N° 07** la estancia hospitalaria de los pacientes con apendicitis aguda la mayor parte de la población tuvo un periodo de hospitalización de 3 a 5 días siendo el 74,04%. Siendo significativo el valor hallado en nuestros pacientes con apendicitis aguda no complicada de 72,11%, se puede determinar que se encuentra relacionado con los días de hospitalización, pero no debemos de olvidar de otros factores que también influyen.

Según el hospital donde se realizó el presente trabajo y dado el hecho de haber realizado el internado rotatorio, se encontró que la mayoría de los pacientes apendicectomizados son dados de alta de

acuerdo a la evolución del paciente dentro de las primeras horas, el hallazgo operatorio y la aparición de complicaciones postoperatorias, por lo que mayoría tienen un promedio de 3 días, si fuera el caso de presentar complicaciones se prolongaría la estancia hospitalaria.

Esto se asemeja en otro estudio realizado donde el período de estancia hospitalaria en el 60% de este grupo de pacientes fue de 3 a 5 días, siendo realmente 13% el porcentaje de pacientes que tuvieron períodos de hospitalización mayores de 10 días.

En la **TABLA N° 08** entre grado de instrucción con el tiempo de enfermedad en los pacientes estudiados, se encontró correlación significativa entre estas dos variables. El índice de correlación es positivo, débil y directa entre ambas variables, que corresponde a $r_s = 0,48$. Lo cual en cierta forma se puede explicar que a mayor grado de instrucción del paciente, acude tardíamente al médico, siendo perfectamente esperado que con menor grado instrucción no pierda valioso tiempo acudiendo a otros lugares o automedicándose sino que reciben atención profesional inmediata.

Según otro estudio realizado se encontró que no existió relación entre el grado de instrucción de los pacientes con apendicitis aguda y el tiempo de evolución preoperatorio. El índice de correlación fue insignificante (-0,117), y la recta tiene poca inclinación (16).

No se encontró estudios con este tipo de correlación, pero hubo un trabajo donde se estudio el tipo de atención primaria que recibieron los pacientes a razón de su cuadro doloroso, donde la mayor parte de ellos (41 de 60) acuden al médico, sin embargo un buen número de ellos acuden al curandero (14 de 60). Donde contrastamos al grado de instrucción de los pacientes, lo dicho anteriormente se observa de similar manera en pacientes de grado de instrucción primario, secundario, llamando la atención que los pacientes con preparación superior (5 de 12) prefieren acudir al curandero antes de hacerlo al médico (16).

En la **TABLA N° 09** entre el grado de instrucción con el estadio de la enfermedad en los pacientes estudiados, se encuentra una correlación positiva y débil entre ambas variables donde el índice hallado ($r_s = 0,4$); entre mayor sea el grado de instrucción del paciente prefiere tardar en recibir atención profesional por lo que al prolongarse el tiempo de

enfermedad da mayor posibilidad de presentar la forma complicada de la apendicitis aguda.

La Tabla N° 08 y 09 no presentan relación significativa entre sus variables. Esto se puede deber a que otros factores influyan en la decisión del paciente, al presentar un cuadro doloroso abdominal, como la ocupación, las creencias, costumbres o que no dan la información adecuada al personal médico siendo dados de alta con falso diagnóstico o incluso recibiendo analgésicos pensando en otro tipo de patología por lo que todo esto prolonga el tiempo de la enfermedad, haciendo mayor la incidencia de presentar forma complicada de la enfermedad.

Sería conveniente realizar dicho estudio en poblaciones con muestras más grandes y parámetros específicos comparando la magnitud con que los factores influyen en el tiempo y estadio de la enfermedad.

En la **TABLA N° 10** entre el tiempo de enfermedad con el estadio de la Apendicitis Aguda. El índice de correlación entre las dos variables es positiva y poco significativo ($r_s = 0,4$).

Decimos que hay relación debido a que la demora del tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento quirúrgico da mayor posibilidad de la aparición de apendicitis aguda no complicada, por lo que la población en estudio al acudir dentro de la primeras 48 horas son atendidos en forma rápida y oportuna por el médico para recibir tratamiento quirúrgico. Teniendo mayor frecuencia la apendicitis congestiva y la flemonosa como se comprueba en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

- Primera.** El grado de instrucción que mayor influencia tiene en nuestra población estudiada es secundaria completa.
- Segunda.** El tiempo de atención es un factor influyente en la aparición de la apendicitis aguda complicada, por lo que es importante la atención en 48 horas de iniciado el cuadro clínico. El estadio con mayor frecuencia es el Apendicitis aguda no complicada representado por la forma congestiva y flemonosa.
- Tercera.** Se observa una correlación directa, pero poco significativa entre el grado de instrucción del paciente con el tiempo y estadio de la enfermedad de la apendicitis aguda.
- Cuarta** La estancia hospitalaria en la mayoría de la población estudiada es de 3 a 5 días, siendo influenciado por el estadio de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario concientizar a la población, cualquiera sea el grado de instrucción la necesidad de acudir prontamente al médico cuando presentan algún cuadro de dolor abdominal y persistencia acudan en el tiempo más breve posible al médico, sin perder el valioso tiempo automedicándose ni solicitando atención a empíricos, porque como hemos podido apreciar, el estadio evolutivo de la apendicitis aguda esta en relación directa con el tiempo de evolución preoperatorio.
2. Frente a todo paciente con dolor abdominal se debe realizar una correcta anamnesis y examen clínico para evitar medicación previa, diagnósticos y altas erróneas.
3. Los pacientes que llegan a emergencia por dolor abdominal debe ser sospechoso de apendicitis aguda mientras no se demuestre lo contrario y deben ser evaluados inmediatamente por el cirujano y cuando se tenga el diagnóstico, proceder con la intervención quirúrgica a la brevedad posible.

4. Se recomienda realizar estudios similares donde se evaluación otros factores predisponentes en pacientes con Apendicitis Aguda como el factor socio-económico, accesibilidad a los establecimientos de salud y otros para evaluar la relación que tiene con el tiempo de evolución preoperatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams J T; 1986; Apendicectomía por apendicitis aguda: drenaje de absceso apendicular, Editorial Médica Panamericana S.A.; En: Nyhus L. Baker R J. El dominio de la cirugía, Buenos Aires, páginas 1225-1238.
2. Aguilar Mendoza, Luis Ángel; Villavicencio Melvin, Mark Héctor; Aviles Martínez, Néstor; Gilberto Tam Pow - Sang, Cesar Porro Gutiérrez, Samuel Stern Miskin, Carlos Cabrera Sánchez, Claudia Delucchi Lagos; Ciclo Circadiano de presentación de Apendicitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero del 2002 al enero del 2005.
3. Arcana Mamani, Hernán; 2004; Factores relacionados con la apendicitis aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza un enfoque basado en la evidencia 2003: UNMSM – Lima; Tesis de Post Grado en Cirugía General; página 13 – 19.
4. Barboza B., Eduardo; 2002; Apendicitis aguda en la era de la cirugía laparoscopia, Revista de Gastroenterología del Perú; volumen 22 número 4.
5. Cabrejos Pita, José Gabriel; Novoa Espejo, Aldo Rafael; Luis Fernando y Román Robles, Nelly; 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.

6. Condon R E; Sabiston D C; 1981; Tratado de patología quirúrgica de Davis-Christopher. 11a edición, México, Nueva Editorial Interamericana S.A.; página 1033 - 1049.
7. Cuba Urdy, Percy Jesús; 2004; Valor diagnóstico de los índices leucocitarios en apendicitis aguda en Hospital Nacional Sur – este ESSALUD Cuzco, 2003; UCSM – Arequipa; Tesis de Bachiller en Medicina; página 26 – 31.
8. Curso Integrado de Clínicas Médico Quirúrgicas; Apuntes de clases del capítulo de Gastroenterología. MEC-246 g-h.
9. Chacon Leon, Percy Ramiro; 1999; Factores que conducen a retraso en el diagnóstico de Apendicitis Aguda en el Hospital II MDTM ESSALUD Mollendo – 1998; UCSM – Arequipa; Tesis de Bachiller en Medicina; página 25 – 53.
10. Diccionario Mosby, Enfermería y Ciencias de la Salud, 5ta edición, Ediciones Haucourt S. A, página 112.
11. Drs. Pedro Wong Pujada, Pedro Morón Antonio, Carlos Espino Vega, Jaime Arévalo Torres, Raúl Villaseca Carrasco “Apendicitis Aguda” Cirugía general – Sistema de Bibliotecas (SISBIB).

12. Ellis H: Schwartz S, Ellis H, Cowles W: Maingot; 1986; Incisiones y Cierres en Operaciones Abdominales: 8a Edición; Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A; página 279- 284.
13. Farfán Espinosa, Oscar; Apendicitis aguda en el Hospital Dos de Mayo. Enero del 2000 – julio 2001. UNMSM Lima – Peru.
14. Ferraina Pedro; Odria, Alejandro; Cirugía de Michans; 5ta Edición; Editorial El Ateneo; página 806 – 815
15. Gawenda M, Said S; 1994; Laparoscopic appendectomy. A review of the literatura. Langenbecks Arch Chir; 379(3): página 145-151.
16. Huamanquispe Cabana, Gianina Sandra; 2006; Evaluación del diagnóstico oportuno en pacientes con Apendicitis Aguda Complicada en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el año 2005; UNSA – Arequipa; Tesis de Bachiller en Medicina; página 37 – 48.
17. Llerena Navarro, Nassip C; 1997, Relación del grado de instrucción con el tiempo de enfermedad y los estadios evolutivos en los pacientes con Apendicitis Aguda, UNSA – Arequipa, Tesis de Bachiller en Medicina, página 23 – 30.
18. Madden J L: Apendicectomía. 1967; Atlas de técnicas en cirugía., 2a Edición, México, Nueva Editorial Interamericana S.A.

19. Neyra Choque, Gemma Vanessa; 2006, Factores que influyen en el incremento de Apendicitis Aguda Complicada en pacientes de 15 a 60 años atendidos en emergencia del hospital Nacional Sergio E. Bernales de enero a diciembre del 2004; UNJBG – Tacna; Tesis en Bachiller en Medicina; página 36 – 77.
20. Padilla Lacayo, Dudley Alberto; Diagnóstico temprano de apendicitis aguda unan Managua – Facultad de Medicina Hospital escuela Roberto Calderón Gutiérrez – Nicaragua.
21. Patiño J F: Guía para el uso de antibióticos en apendicectomía. Tribuna Médica 1991; 83(4): página 150-52.
22. Ramiro A. Pestana Tirada M.D.; Genaro Jesús Ariza Solano; M.D. Luís Ignacio Oviedo Castaño M.D.; Luís Moreno Ballesteros M.D., SCC. Apendicitis Aguda: el diagnóstico es Clínico. Tribuna Médica 1997; 96: página 282-296.
23. Romero Torres, Raúl; Tratado de Cirugía, Editorial Interamericana, Tercera Edición, página 1048-1060.
24. Silva J: Comentarios. En: Zundel N, Albis R: Apendicitis crónica y/o apendicitis recurrente. Rev. Col Cirugía 1992; 7(1): página 40-42.
25. Soto López A., Águila Melero O., Reyes Corcho A., Consuegra Díaz J.E., Gómez Baute, R.; 2003; Eficiencia diagnóstica en la apendicitis

aguda; Medigraphic. Cirugía Cirujano; Vol. 71(3) May-Jun: página 204 - 209.

26. Telford G L, Condon R E: Apéndice. En: Zudema G D: Shackelford; 1993; Cirugía del aparato digestivo. Tomo IV, 3a Ed, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A.; página 166-7.

27. Vargas Domínguez Armando, Ortega León, Luis Humberto, Miranda Fraga, Pablo; Utilidad de la clínica en el diagnóstico de apendicitis. Cirugía Cirujano 1995; 63(3), página. 93-96.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia clínica N°:

Nombres y apellidos:

Edad:

Sexo: Femenino () Masculino ()

Grado de instrucción:

Analfabeta () Primaria ()

Secundaria () Superior ()

Recibió analgésicos-antiespasmódicos: SI () NO ()

Tiempo de enfermedad:

< 6 horas () 6 – 12 horas ()

13 – 24 horas () 25 – 48 horas ()

49 – 72 horas () > 72 horas ()

Estadio de la Enfermedad:

Apendicitis congestiva () Apendicitis Flemonosa ()

Apendicitis gangrenada () Apendicitis aguda complicada ()

Estancia hospitalaria:

3-5 días () 6-10 días () 11-15 días () > 15 días ()