

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**HALLAZGO OPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA SEGÚN EL
TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES OPERADOS POR
LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
VITARTE DURANTE EL AÑO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

LUCKUN PIZARRO YESENIA MARIBEL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERU

2019

ASESOR
DR. ROY MARTIN ANGULO REYES

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, a mi familia y a todas las personas que cooperaron en la elaboración de este proyecto, a la Universidad Privada San Juan Bautista por haber sido nuestra casa de estudio y a mis asesores por ser el pilar fundamental de esta investigación.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mis padres, hermanos y muy en especial a mi hija por comprender mis ausencias, darme aliento y a mi esposo por su respaldo incondicional, consejos, paciencia y confianza que ayudó a concluir esta meta.

RESUMEN

La apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en los servicios de emergencia de cirugía, que suele con un cuadro típico de dolor abdominal.

Objetivo: Conocer el hallazgo operatorio de apendicitis aguda según el tiempo de enfermedad en paciente operados por laparoscopia en el Servicio de Cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.

Materiales y Métodos: El presente trabajo de investigación es descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Donde se aplicó criterios de inclusión y exclusión a 152 pacientes, quedando como población de estudio 96 pacientes. Se realizó un análisis documental aplicando una ficha de recolección de datos, y los resultados fueron procesados en el gestor de base de datos SPSS versión 25.

Resultados: Se encontró como hallazgo operatorio más frecuente apendicitis flemonosa o supurativa (34.4%) y apendicitis necrosada o gangrenosa (34.4%). Se evidencio que, el hallazgo operatorio más frecuente según el tiempo de enfermedad, en el grupo de 12 a 24 horas, fue la apendicitis flemonosa o supurativa (10.42%); en el grupo de 24 a 36 y mayor a 36 horas, la más frecuente fue la apendicitis gangrenosa o necrótica con un 14.58% y 16.67% respectivamente.

Conclusiones: El hallazgo operatorio para un tiempo de enfermedad entre 12 a 24 horas es la apendicitis flemonosa o supurativa, y con un tiempo de enfermedad mayor a las 24 horas, apendicitis gangrenosa o necrótica.

Palabras Clave: apendicitis aguda, hallazgo operatorio, tiempo de enfermedad.

ABSTRACT

Acute appendicitis is one of the most frequent surgical pathologies in emergency surgery services, which usually has a typical abdominal pain.

Objective: To know the operative finding of acute appendicitis according to the time of illness in patients operated by laparoscopy in the Surgery Department of Hospital Vitarte during the year 2018.

Materials and Methods: The present research work is descriptive, observational, cross-sectional and retrospective. Where inclusion and exclusion criteria were applied to 152 patients, 96 patients remained as study population. A documentary analysis was carried out applying a data collection form, and the results were processed in the database manager SPSS version 25.

Results: A phlegmonous or suppurative appendicitis (34.4%) and necrotized or gangrenous appendicitis (34.4%) was found as the operative finding. It was evidenced that, the most frequent operative finding according to the time of illness, in the group of 12 to 24 hours, was phlegmonous or suppurative appendicitis (10.42%); in the group of 24 to 36 and greater than 36 hours, the most frequent was gangrenous or necrotic appendicitis with 14.58% and 16.67% respectively.

Conclusions: The operative finding for a time of illness between 12 to 24 hours is phlegmonous or suppurative appendicitis, and with a time of illness greater than 24 hours, gangrenous or necrotic appendicitis.

Keywords: acute appendicitis, operative finding, time of illness.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se refiere a la apendicitis aguda, que representa una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en los servicios de emergencia, La característica principal de esta patología es el dolor abdominal.

El presente trabajo busca describir el hallazgo operatorio respecto al tiempo de enfermedad realizando un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, realizando un análisis documental y aplicando una ficha de recolección de datos.

En la presente investigación de planteo como objetivo general Conocer el hallazgo operatorio de apendicitis aguda según el tiempo de enfermedad en paciente operados por laparoscopia en el Servicio de Cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.

Esta investigación se divide en 5 capítulos. En el capítulo I titulado el problema, se describe el planteamiento y la formulación del problema de investigación, así como la justificación, delimitación, limitaciones, objetivos y propósito.

En el capítulo II se desarrollan los antecedentes nacionales e internacionales, las bases teóricas, el marco conceptual, hipótesis, variables y la definición de conceptos operacionales.

El capítulo III, desarrolla la metodología utilizada en la realización de esta investigación, se describe a la población de estudio, las variables, la ficha de recolección de datos y los aspectos éticos.

En el capítulo IV se plasman los resultados y las discusiones, por ultimo las conclusiones y recomendaciones de muestran en el capítulo V.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. GENERAL.....	2
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6. OBJETIVOS.....	4
1.6.1. GENERAL.....	4
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	5
1.7. PROPÓSITO.....	5

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2. BASES CONCEPTUALES	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL	24
2.4. HIPÓTESIS	25
2.5. VARIABLES	25
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	27
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	27
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	28
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	29
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	30
4.1. RESULTADOS	30
4.2. DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
5.1. CONCLUSIONES	40
5.2. RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
ANEXOS	47

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Tiempo de enfermedad y hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del hospital vitarte durante el año 2018	30
Tabla N° 2: Tiempo de enfermedad de 12 – 24 horas y hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	32
Tabla N° 3: Tiempo de enfermedad de 24 – 36 horas y hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	32
Tabla N° 4: Tiempo de enfermedad mayor a 36 horas y hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	33
Tabla N° 5: Distribución según género de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	33
Tabla N° 6: Distribución por edad de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	34
Tabla N° 7: Hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	35
Tabla N° 8: Tiempo de enfermedad de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico N° 1: Tiempo de enfermedad de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	31
Grafico N° 2: Hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	35
Grafico N° 3: Tiempo de enfermedad de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.....	37

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 1: Operacionalización de variables.....	48
Anexo N° 2: Instrumento	49
Anexo N° 3: Validación de instrumento - Consulta experto	50
Anexo N° 4: Matriz de consistencia.....	53
Anexo N° 5: Carta de aprobación del Hospital	56
Anexo N° 6: Carta de aprobación del comité de ética de la Universidad	57

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según muchas estadísticas a nivel mundial es la principal causa de dolor abdominal quirúrgico, ya que más del 50% pertenecen a apendicitis aguda, en el Perú muchos estudios mencionan el riesgo, complicaciones y desenlaces graves que están relacionados con el tiempo de evolución de la enfermedad.¹

También se menciona que la apendicitis aguda se coloca en el segundo puesto entre las 40 principales causas de enfermedades que requieren hospitalización, por lo que se considera a esta enfermedad un problema de salud pública ya que alcanza aproximadamente 30 000 casos anuales.²

Ocurre frecuentemente en la segunda a cuarta década de vida, siendo más común en varones que en mujeres, en ocasiones el diagnóstico es claro y el tratamiento quirúrgico es la elección sin duda alguna, pero en otras ocasiones resulta muy laborioso y casi imposible dictaminar un diagnóstico, por tal motivo es muy importante realizar una buena historia clínica, completa con un examen físico muy minucioso y utilizar los exámenes complementarios de laboratorio como de imágenes logrando obtener lo mejor de cada uno de ellos para llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno y definitivo.³

Según el último reporte epidemiológico del año 2018, del Servicio estadística del Hospital Vitarte; reporta que se llevaron a cabo 542 apendicetomías que representa un 39.14% de los hospitalizados en el Servicio de Cirugía, siendo esta la primera causa de hospitalización en dicho servicio.⁴

Actualmente los hallazgos operatorios de la apendicitis aguda se clasifican en cuatro grupos: apendicitis congestiva o catarral, apendicitis flemonosa o supurativa, apendicitis gangrenosa o necrótica y apendicitis perforada, que a su vez se subdividen en dos grupos: apendicitis aguda no complicada, y apendicitis aguda complicada.⁵

Este estudio puede ser realizado por médicos cirujanos y residentes capacitados, porque es fácil de obtener y no tiene costo adicional.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

- ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda según el tiempo de enfermedad en pacientes operados por laparoscopia en el Servicio de Cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad menor a 12 horas en pacientes operados por laparoscopia en el Servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018?
- ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad de 12 a 24 horas en pacientes operados por laparoscopia en el Servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018?
- ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad de 24 a 36 horas en pacientes

operados por laparoscopia en el Servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018?

- ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad mayor a 36 horas en pacientes operados por laparoscopia en el Servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

La presente investigación utiliza un sistema de clasificación práctico de la apendicitis aguda y ofrece una adecuada estratificación de nuestros pacientes, mejorando el uso inapropiado de antibióticos.

1.3.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La presente investigación utilizando el Sistema de clasificación de hallazgos operatorios de la apendicitis aguda ayuda a crear grupos homogéneos de pacientes en la misma etapa de enfermedad. Evaluando el tiempo de enfermedad con el hallazgo operatorio y la presencia de complicaciones que pueden prevenirse.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El estudio es viable porque no demanda costo ni infraestructura especial para el desarrollo de recolección de datos, es una investigación válida y confiable porque se usará un sistema de clasificación utilizado por la gran mayoría de cirujanos.

1.3.4. JUSTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

El estudio fortalecerá los protocolos ya establecidos, permitiendo prevenir las complicaciones de acuerdo al grado de los hallazgos y así disminuir el tiempo de cama por paciente.

1.4. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **DELIMITACIÓN TEMPORAL**

El presente trabajo se realizará de enero a diciembre del año 2018.

- **DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA**

Se realizará en el Servicio de Cirugía del Hospital Vitarte

- **DELIMITACIÓN SOCIAL**

Se realizará a todos los pacientes del Hospital Vitarte con diagnóstico de apendicitis operados por laparoscopia.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones para el desarrollo de la siguiente investigación son:

- Escasa investigación respecto al tema nacional como internacional.
- Dificultad para el acceso a la información
- Llenado inadecuado de los registros médicos.
- Ambientes inadecuados para la preservación de las historias clínicas.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

- Conocer el hallazgo operatorio de apendicitis aguda según el tiempo de enfermedad en paciente operados por laparoscopia en el Servicio de Cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Determinar el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad menor a 12 horas en pacientes operados por laparoscopia en el Servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.
- Precisar el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad de 12 a 24 horas en pacientes operados por laparoscopia en el Servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.
- Establecer el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad de 24 a 36 horas en pacientes operados por laparoscopia en el Servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.
- Determinar el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad mayor a 36 horas en pacientes operados por laparoscopia el Servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018.

1.7. PROPÓSITO

La finalidad de esta investigación es clasificar adecuadamente a los pacientes para optimizar el uso de infraestructura y servicios de salud, al mismo tiempo una adecuada categorización, que nos permite tomar decisiones sobre el uso de profilaxis antibiótica y continuación de esta en el periodo postoperatorio.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

S. Litardo “Apendicitis aguda diagnostico precoz y complicaciones en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2015.Guayaquil 2015.” Este estudio tuvo como objetivo identificar complicaciones en apendicitis aguda y determinar el diagnostico precoz en los pacientes usuarios del servicio de cirugía. Realizando un estudio de tipo descriptivo, cuyo resultado indica que la edad más frecuente es de 20 – 49 años, siendo el masculino el de mayor proporción con 52%, se presenta con mayor frecuencia en personas obesas, el signo que se presentó con mayor frecuencia fue el dolor en cuadrante superior derecho, y lo más resaltante el diagnostico se dio precozmente antes de las 24 horas 72% y la complicación que más se presento fue peritonitis 15%.¹⁰

R. Mora, “Factores de riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes adultos entre 18 y 55 años operados en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena durante el periodo abril 2016 y abril 2017. Guayaquil 2017” El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo averiguar las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con apendicitis aguda. Realizando un estudio de tipo descriptivo, correlacional, observacional y retrospectivo. Encontrando que el sexo masculino presenta mayor prevalencia, siendo la edad promedio 19 años, concluyendo que se encontró correlación entre la edad y las complicaciones.¹¹

D. Guaranga, “Factores de riesgo y complicaciones de apendicitis aguda en edades de 18 a 40 años en el Hospital General Liborio Pachanana Sotomayor durante el periodo 2014 a 2015. Guayaquil 2015.” En este estudio se planteó como objetivo asociar los factores de riesgo y las complicaciones más frecuentes como la edad en que hay mayor prevalencia como las manifestaciones clínicas más comunes. realizando un estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, encontrando como complicación más frecuente la peritonitis 42% , perforación 38%, absceso apendicular 20%, y las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor en fosa iliaca derecha 61%, anorexia 30% y náuseas y vómitos 9%.¹²

E. Angamarca, “Factores asociados a la apendicitis aguda complicada en los adultos hospitalizados en el Área de Cirugía del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja en el periodo julio-diciembre 2015 Ecuador.” Se plantearon como objetivo conocer los factores asociados a la apendicitis aguda complicada en pacientes adultos y determinar el tiempo de evolución de los síntomas antes de acudir al hospital e intervención quirúrgica, la automedicación y sus complicaciones más frecuentes; en una muestra de 66 pacientes. Obteniendo como resultados que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso al hospital fue de 25-72 horas representado un 40,9% y el tiempo transcurrido entre el ingreso al hospital y la intervención quirúrgica fue de 3-4 horas con un porcentaje de 33,33%, la automedicación en un 62,12%, las complicaciones más frecuentes fueron plastrón apendicular con un 36,36% seguido de perforaciones con un 31,81%. Llegando a la conclusión de que los factores principales de complicaciones de la apendicitis aguda son la automedicación y el tiempo que

transcurre entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica.¹³

M. Yugsi, “Estudio multicéntrico sobre los factores causales intra y extra hospitalarios que producen apendicitis aguda complicada, en pacientes adultos de ambos sexos, atendidos en el Hospital Enrique Garcés y Hospital Pablo Arturo Suárez en el periodo de enero a agosto de 2017. Quito 2018.” En el presente trabajo de investigación se tuvo como objetivo revisar los factores fundamentales intrahospitalario y extra hospitalario que causa apendicitis aguda complicada en adultos de los diferentes sexos, Realizando un estudio observacional, multicentrico y prospectivo, llegando a la conclusión de que en el sexo masculino en edades de 18 y 25 años, es donde hubo más predominio de apendicitis aguda, siendo el tipo más frecuente la gangrenosa diagnosticados en su mayoría en menos de 24 horas como operados en el mismo lapso de tiempo, y que existe un vinculo estadísticamente considerable entre la edad, etnia, el tiempo de evolución, el método diagnostico, las complicaciones post operatorias y la apendicitis complicada.¹⁴

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

P. Barco, “Concordancia entre el diagnostico post operatorio y diagnostico anátomopatológico de la apendicitis aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a diciembre del 2016.” Este estudio tuvo como objetivo definir si existe relación entre el diagnostico post operatorio y el diagnostico de anatomía patológica de la apendicitis aguda realizando un estudio analítico, retrospectivo, transversal, revisando reportes post operatorios y resultados de

anatomía patológica en pacientes ≥ 14 años y ≤ 80 años, intervenidos durante el 2016, obteniendo una proporción de hombre/mujer de 1.3 / 1, la edad media fue 31 años. Donde se obtiene como resultado que si hay una relación entre el diagnóstico post operatorio y el estudio de anatomía patológica, ya que los cirujanos están capacitados para realizar dicha clasificación.⁶

L. Cruz, “Tiempo de enfermedad y pre medicación como riesgo para apendicitis perforada en el hospital de ventanilla, enero – septiembre 2017.” En este estudio se planteó como objetivo, determinar si el tiempo de enfermedad y el tratamiento previo son factores de riesgo para apendicitis perforada. Se llevó a cabo un estudio analítico de casos y controles donde se revisaron 234 historias clínicas, obteniendo como resultados que del total de pacientes con tiempo de enfermedad mayor de 72 horas, 61.5%, presentaron apendicitis perforada, de la misma forma el 69,2% de pacientes con un tiempo de enfermedad extra hospitalaria mayor de 24 horas presentaron apendicitis perforada. También evidenciaron que el 56,4% de pacientes con un tiempo de enfermedad intrahospitalaria mayor de 12 horas presentaron apendicitis perforada. Respecto a la pre-medicación, el 15,4% de los pacientes que tomaron medicamentos previos, presentaron apendicitis perforada. Concluyendo el tiempo de enfermedad intrahospitalario y extra hospitalario como la pre medicación son factores de riesgo para la presentación de apendicitis perforada.⁷

A Durand, “Asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en

un hospital del seguro social de lima metropolitana de enero 2015 a enero 2016.” Este estudio de investigación tuvo como objetivo evidenciar la relación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones. Efectuando un estudio de tipo observacional, longitudinal, analítico, retrospectivo, incluyendo en su estudio a 99 pacientes. Obteniendo como resultados La apendicitis aguda complicada ocurrió en un 54.5% de casos. Un Tiempo Sintomático mayor igual de 29 horas evidencio una asociación estadísticamente significativa con la aparición de apendicitis aguda complicada, El Tiempo hospitalario fue mayor en los pacientes con apendicitis aguda complicada sin evidenciar una diferencia estadísticamente significativa, El Tiempo Total mayor igual de 37 horas tuvo una asociación estadísticamente significativa con la aparición de apendicitis aguda complicada. La presencia de apendicitis aguda complicada en nuestro estudio tiene un riesgo de 15 veces más para la aparición de complicaciones postoperatorias. Llegando a la conclusión que si existe una estrecha relación entre el retraso del tratamiento quirúrgico y la enfermedad apendicular complicada con el tiempo de evolución de la enfermedad, mas no con el tiempo hospitalario.⁸

R. Portocarrero, “Evaluación entre el tiempo de enfermedad y el tiempo preoperatorio y el desarrollo de la perforación en pacientes con apendicitis aguda en el Servicio de Cirugía del Hospital Govenecche Arequipa, octubre a diciembre 2015.”

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo evaluar el tiempo de enfermedad, el tiempo preoperatorio y la presencia de perforación en los pacientes atendidos en dicho hospital. Efectuando un estudio de tipo retrospectivo, observacional, y

transversal incluyendo en el estudio a un total de 73 pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre los 15 y 80 años. Encontrando que la a mayor parte de casos pertenecieron al género masculino representando el 63% del total. Los casos de apendicitis aguda perforada ascendieron al 37% del total. El tiempo para apendicectomía presentó una media de 17,02 horas en el grupo de apendicitis aguda perforada comparada con 11,18 horas en el grupo control. El tiempo de enfermedad y el tiempo total en el grupo de casos de perforación presentaron medias de 63,48 y 80,50 horas respectivamente comparados con 33,85 y 45,03 horas en el grupo control, llegando a la conclusión que la mayoría de pacientes pertenecen al sexo masculino y que el tiempo de enfermedad presenta una mayor relación con la presencia de apendicitis perforada que el tiempo preoperatorio.⁹

2.2. BASES CONCEPTUALES

2.2.1. APENDICITIS AGUDA

La palabra APENDICITIS deriva de la unión de un adjetivo appendix que tiene como significado la palabra colgante y el sufijo griego itis que tiene como significado inflamación, por lo tanto, apendicitis es la inflamación del apéndice, que es un órgano anexo que cuelga en la zona del ciego donde se inicia el intestino grueso.¹

Es la inflamación del apéndice producido por la obstrucción de la luz apendicular ocasionado por un fecalito, parasito, hiperplasia del tejido linfoide, carcinoide, ocasionalmente cuerpo extraño o por cualquier otra causa que provoca inflamación y posterior distensión, congestión, invasión de bacterias, alteraciones en la vascularización como consecuencia de esto

isquemia y perforación que puede llevar a desenlaces muy graves si se retrasa el diagnóstico.^{15,16}

2.2.1.1. ANATOMIA

El apéndice se puede visualizar por primera vez aproximadamente en la octava semana de desarrollo embrionario en la porción terminal del ciego, 2 a 3 cm debajo de la válvula ileocecal, la relación que existe entre el ciego y la base es casi constante, en cuanto a la punta esta puede encontrarse en diferentes posiciones, y estas posiciones anatómicas son de gran importancia en la clínica; la posición más frecuente es la ileocecal con 80%.^{16,17}

La unión de las tres tenías se da a nivel del ciego el cual es un punto de referencia anatómica muy útil para poder identificarla. El apéndice puede variar en su tamaño longitudinal desde 1cm a más de 30 pero lo más frecuente es que mida entre 6 y 9 cm de largo durante muchos años se consideró al apéndice como un órgano inservible sin funciones, pero en estas épocas se sabe que es un órgano que forma parte del sistema inmunológico, secretando inmunoglobulinas en especial IgA.^{15,17}

El tejido linfoide emerge por primera vez en el apéndice aproximadamente dos semanas después del nacimiento, aumenta durante la pubertad y se mantiene hasta la adultez y posterior a esta edad empieza a desaparecer progresivamente.^{15,16}

El apéndice está conformado por cuatro capas mucosa, submucosa, muscular y serosa, siendo la mucosa igual a la

colónica, la submucosa es muy rica en tejido linfoide, la muscular y serosa son idénticos al resto del ciego. La irrigación depende de la arteria apendicular rama de la ileocolica que es rama de la arteria mesentérica superior, su inervación se inicia en la décima vertebra torácica que es límite de la zona periumbilical al ciego y zona terminal del ileon por tal motivo se explica el inicio del dolor en la zona periumbilical.^{16,18}

2.2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

La apendicitis aguda ocurre alrededor de 90 a 100 pacientes por cada 100 000 habitantes, es una causa común de dolor abdominal agudo, que puede progresar a perforación y peritonitis. El riesgo que tiene un individuo de sufrir apendicitis a los largo de su vida es del 8.6% para los hombres y del 6.7% para las mujeres; sin embargo, el riesgo de someterse a una apendicectomía es mucho menor en los hombres que en las mujeres, 12 y 23% respectivamente y ocurre con mayor frecuencia entre las edades de 10 y 30 años, con una relación hombre:mujer de aproximadamente 1.4:1.^{19,20}

2.2.1.3. ETIOLOGÍA

No se conoce del todo las causas y la patogenia de la apendicitis. Pero se propone como causa principal a la obstrucción de la luz por fecalitos o hipertrofia del tejido linfoide. La frecuencia de obstrucción aumenta con la gravedad del proceso inflamatorio. los fecalitos se identifican aproximadamente en una 40% de casos de apendicitis aguda no complicada, y en un 65% a 90% de casos de

apendicitis aguda complicada, es decir apendicitis gangrenosa sin perforación y con perforación.^{15,19}

2.2.1.4. FISIOPATOLOGÍA

El acontecimiento inicial de todo el proceso de la apendicitis aguda se da por la obliteración de la luz que en la mayoría de casos es ocasionado por un fecalito (70%), cuya evolución una vez establecida la obliteración, es presurosa. Un 25 a 30% de los casos se produce por aumento del tejido linfoide y este se asocia a infecciones virales y respiratorias, siendo esta la causa más común en pacientes de edad pediátrica. La apendicitis en el curso de su enfermedad produce obstrucción del drenaje venoso, arterial y linfático que posteriormente llevara a una isquemia, necrosis y por último perforación que conlleva a peritonitis que puede ser circunscrito o diseminado.^{3,16}

2.2.1.5. CUADRO CLÍNICO

La presentación de la apendicitis aguda generalmente sigue una secuencia típica de eventos: la aparición repentina o gradual de dolor vago muchas referida por los pacientes como un dolor sordo en la región peri umbilical o epigástrica seguido de anorexia, náuseas y vómitos. Frecuentemente existe una historia previa de malestar intestinal, que puede ser diarrea o estreñimiento. El dolor inicial peri umbilical o epigástrico es el resultado de la hiperperistalsis del apéndice para superar la obstrucción luminal y por esto este dolor es de origen visceral. En algunos casos el dolor inicial se puede sentir en todo el abdomen. Las náuseas y la anorexia que pueden ser con o sin emesis son los siguientes síntomas en esta secuencia de eventos a causa de la distensión gradual

de la pared intestinal. Muchos médicos consideran que la falta de apetito es el síntoma más consistente, tanto que su ausencia debería dar lugar a diagnósticos alternativos; sin embargo, esta afirmación no está respaldada por evidencia.^{17,21}

Aproximadamente 24 horas después de la aparición de los síntomas, el dolor a menudo cambia y se localiza en el cuadrante inferior derecho con una sensibilidad que acompaña a la palpación. Debido a que la posición anatómica del apéndice varía, la localización y el carácter del dolor también varían. Tres posiciones anatómicas que están bien descritas en la literatura incluyen el apéndice ascendente, el apéndice ilíaco y el apéndice pélvico. Cuando se ubican en la posición retrocecal, los síntomas de localización suelen ser leves o incluso ausentes. Los apéndices pélvicos pueden provocar dolor supra púbico y síntomas urinarios, o síntomas de defecación dolorosa cuando se encuentran cerca del recto.^{21,22}

A medida que el proceso inflamatorio progresa, la fiebre y la anorexia avanzan conforme este proceso, va desde de un proceso inflamatorio localizado a uno sistémico. La enfermedad puede llegar a perforación y peritonitis dentro de 2 a 3 días del inicio de los síntomas. Si ocurre una perforación en un área del abdomen que está contenida dentro de otras partes del intestino, mesenterio u omento, la infección permanece localizada en el cuadrante inferior derecho, lo que causa dolor continuo en el cuadrante inferior derecho sin signos y síntomas de peritonitis, y ocasionalmente se palpa una masa.^{21,22}

2.2.1.6. DIAGNOSTICO

2.2.1.6.1. CLÍNICO

El diagnóstico de apendicitis aguda es predominantemente clínico, es decir, con una buena anamnesis y un con un adecuado examen físico, se llega al diagnóstico aproximadamente en 75 a 90% de casos.^{6,22}

- **Anamnesis**

Es importante enfocar las preguntas para poder definir el tiempo de enfermedad, entre estas preguntas se encuentran: ¿a qué hora empezó el dolor?, esto para definir las horas de evolución;²² ¿Dónde empezó el dolor?, con esta pregunta buscaremos si el dolor referido permaneció a lo largo de las horas en el lugar donde se originó o hubo migración, en este segundo caso aumentaría la sospecha de apendicitis aguda;²³ ¿Los síntomas se acompañaron de náuseas y vómitos?, en este caso hay que determinar el momento de la aparición de estos síntomas, si los vómitos preceden al dolor, probablemente la causa se deba a otra patología digestiva, pero si estos ocurren después de iniciado el dolor, es muy sugerente de apendicitis aguda,²⁴ estas se hacen más fácil si el paciente es de sexo masculina, en caso de los pacientes de sexo femenino es importante hacer una historia detallada de los antecedentes ginecológicos.^{15,16} Otro punto importante a preguntar es respecto si los síntomas se acompañan de pérdida de

apetito, y molestias urinarias.²³ Si el paciente no refiere disminución del apetito aleja la posibilidad, pero no descarta el diagnóstico de apendicitis aguda, en el caso de los síntomas de tracto urinario no serviría para descartar un cólico renal.²²

- **Síntomas**

El síntoma más importante y motivo por el cual los pacientes suelen acudir a los servicios de emergencia, es el dolor abdominal, independientemente de la etiología. La evolución de este síntoma tiene características cronológicas típicas.²⁵ En la fase inicial de la inflamación apendicular se da con la presentación de una molestia en la región de epigastrio y mesogastrio de tipo visceral, que muchas veces el paciente lo refiere como un dolor sordo.¹⁷ Este a su vez se acompaña de anorexia (92%), náuseas (78%) y vómitos (67%)³. Cuando el vómito se presenta, en pocas ocasiones es persistente, y aparece con más frecuencia después del inicio del dolor, pero si el vómito se produce antes del dolor, aleja la posibilidad del cuadro apendicular. A medida que progresa la inflamación apendicular, se producirá irritación del peritoneo parietal más próximo, y dará lugar a un dolor localizado que se manifiesta como una migración del dolor visceral que inicia en la región peri umbilical a un dolor somático del cuadrante inferior derecho donde

normalmente se encuentra el apéndice. Esta característica cronológica del dolor se encuentra en aproximadamente el 75% a 90% de los pacientes con apendicitis aguda. Las diferencias en la presentación del dolor abdominal pueden ser secundarias a la ubicación anormal del apéndice, con apéndices retrocecales que conducen a un dolor difuso de la fosa iliaca derecha, o la ubicación pélvica del apéndice que causa malestar hipogástrico poco localizado o tenesmo. La presentación del dolor atípico es más común en pacientes muy jóvenes y mayores. El curso temprano de la apendicitis a menudo no se acompaña de fiebre porque sigue siendo un proceso localizado. La presencia de estreñimiento o diarrea generalmente no es útil en el diagnóstico de apendicitis.^{3,24}

2.2.1.6.2. EXAMEN FÍSICO

Es importante recordar la secuencia semiológica de la evaluación del abdomen, se importante recordar que una correcta anamnesis y un adecuado examen físico muchas veces hacen el diagnóstico.¹⁷

- **Inspección**

Es importante observar la postura del paciente al momento del ingreso, generalmente el paciente busca realizar el menor movimiento posible para evitar que se intensifique el dolor.^{17,22} También es importante observar si el abdomen se encuentra distendido o no, si existe presencia de cicatrices, si es simétrico o existen asimetrías,

esto con el fin de buscar defectos de la pared abdominal o cambios de coloración en la piel, valorar la cantidad de tejido adiposo, este último puede ocasionar dificultades a la hora de realizar la auscultación, percusión y palpación.¹⁷

- **Auscultación:**

Tenemos que valorar la frecuencia, la intensidad tono y timbre de los ruidos hidroaéreos.²⁴

- **Percusión:**

Se realizarán maniobras de percusión para valorar los límites de los órganos intraabdominales como el hígado, bazo y vejiga.

- **Palpación:**

Es la parte más importante, porque nos permitirá valorar la ubicación del dolor, resistencia abdominal y valorar masas intraabdominales. Para ello se procederá a pedir a la paciente que ubique el área de dolor, una vez hecho esto se procederá inicialmente a un palpación superficial iniciando en el lado no doloroso, es importante observar la facie del paciente al realizar la palpación superficial y valorar la sensación de resistencia de la pared; luego de realizar de la palpación superficial se procederá a realizar la palpación profunda, en este punto es importante ubicar los puntos dolorosos clásicos como el signo de Mc Burney, Rovsing, Bloomer, Dumphy y entre otros. También la palpación profunda nos permitirá valorar la presencia de masas intrabdominales.¹⁵

- **Signo de Mc Burney**
Dolor producido en fosa iliaca derecha al presionar el punto entre la espina iliaca antero superior y en ombligo en sus dos tercios proximales y bel tercio externo.²⁶

- **Signo de Rovsing**
Dolor producido en fosa iliaca derecha tras la compresión de fosa iliaca izquierda en el punto Mc Burney, ocasionado por la movilización de gases del sigmoides que provoca sobredistensión del ciego.²⁶

- **Signo de Bloomberg**
Dolor que se produce al descomprimir el abdomen de forma brusca o rápida.²⁶

- **Signo de Dunphy**
Dolor en fosa iliaca derecha que se produce al toser.²⁶

- **Signo del Psoas**
Dolor en fosa iliaca derecha que se produce al movilizar la pierna de lado derecho hacia atrás ocasionando movilización activa de la cadera.²⁶

2.2.1.7. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Ulcera péptica perforada
- Perforación intestinal
- Divertículo de Meckel

- Cólico renal
- Pielonefritis
- Embarazo ectópico
- Salpingitis aguda
- Rotura del folículo de Graff
- Endometriosis
- Neumonía basal derecha

2.2.2. CLASIFICACIÓN

Existen varias formas de clasificar la apendicitis aguda, entre ellas tenemos la clasificación anatomopatológica, clínico etiológica, evolutiva y topográfica. Todas ellas tienen como objetivo ayudar en la decisión del procedimiento quirúrgico y manejo farmacológico posterior, especialmente en la decisión de continuar o no antibióticos.²⁷

La clasificación más utilizada es una que se basa en la observación de la anatomía que agrupa a la apendicitis en 4 grupos:

- **Apendicitis Congestiva o Catarral**

Esto se da posterior a la obstrucción de la luz del apéndice independientemente de su etiología, acumulándose en esta una secreción mucosa que gradualmente va distendiendo la luz. Esto produce el aumento de la presión intraluminal produciendo una obstrucción venosa, acúmulo de bacterias y reacción del tejido linfoide, que produce un exudado denso que va infiltrando las capas superficiales del apéndice. Todos estos fenómenos de forma macroscópica se traducen en la presencia de edema y congestión de la capa más externa, es decir la serosa del apéndice.^{17,22}

- **Apendicitis Flemonosa o Supurativa**

En esta fase la mucosa apendicular muestra pequeñas ulceración o se puede evidenciar destrucción por la invasión de enterobacterias que van formando un exudado mucopurulento dentro de la luz del apéndice, que a su vez estimula la infiltración de células inmunológicas que producen un exudado fibrino-purulento en la superficie; en esta fase aún no se evidencia perforación de la pared apendicular, pero se produce mediante difusión el paso de contenido mucopurulento hacia la cavidad abdominal.^{15,16}

- **Apendicitis Gangrenosa o Necrótica**

Conforme avanza el proceso de inflamación, la congestión, la estasis venosa y la distensión del apéndice, se le agrega bacterias con gran virulencia, especialmente anaerobios que llevan a la necrosis total. Macroscópicamente se observan áreas de color purpura, verde gris o rojo oscuro con micro perforaciones, se evidencia también aumento de líquido en la cavidad peritoneal que tiene la característica de ser parcialmente turbio y un olor fecaloideo.^{5, 21,28}

- **Apendicitis Perforada**

Cuando las micro perforaciones se hacen más grandes, generalmente en el borde anti mesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se torna francamente purulento y de olor fétido, eso es evidencia de que se ha producido una perforación del apéndice.^{22,29}

2.2.3. TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para la apendicitis aguda es quirúrgico, pero en la actualidad se puede optar por terapias más conservadoras dependiendo del grado de complejidad del cuadro clínico.¹⁷

2.2.3.1. CIRUGÍA

La primera opción de tratamiento debe ser la apendectomía laparoscópica si el centro cuenta con la disponibilidad de equipos y habilidades laparoscópicas, esta cirugía ofrece claras ventajas en términos de menor dolor, menor incidencia de infección de sitio operatorio, disminución de días de hospitalización, antes de regresar al trabajo y disminución de costos de cuidados del paciente.¹⁹

La laparoscopia ofrece claras ventajas y debe ser preferida en pacientes obesos, pacientes mayores y pacientes con otras comorbilidades. No se debe considerar a la laparoscopia como una primera opción sobre la apendicectomía abierta en pacientes embarazadas. En niños no hay evidencias de beneficios importantes en la apendicectomía laparoscópica en niños, pero si reduce la estancia hospitalaria y la morbilidad general. En manos expertas, la laparoscopia es más beneficiosa y rentable que la cirugía abierta para la apendicitis complicada.^{19,22}

2.2.3.2. ANTIBIÓTICOS PRE-POST OPERATORIOS

Se recomienda el uso de antibióticos de amplio espectro en el periodo preoperatorio. En los pacientes con apendicitis no complicada, no se recomiendan los antibióticos postoperatorios. En el caso de apendicitis aguda complicada se deben de administrar siempre antibióticos postoperatorios

de amplio espectro. Pero la interrupción del tratamiento antimicrobiano debe basarse en criterios clínicos y de laboratorio, como fiebre y leucocitosis.^{19,22}

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **APENDICITIS AGUDA.**

“Es la inflamación producido por la obstrucción de la luz apendicular ocasionado por un fecalito, parasito , hiperplasia del tejido linfoide, carcinoide, ocasionalmente cuerpo extraño o por cualquier otra causa que provoca inflamación y posterior isquemia que puede llevar a desenlaces muy graves si se retrasa el diagnostico”.¹⁵

La apendicitis aguda se clasifica en 4 grupos

- Apendicitis Congestiva o Catarral
“Apéndice con presencia de edema y congestión en la capa externa o serosa”
- Apendicitis Flemonosa o Supurativa
“Apéndice con exudado fibrinopurulento con contenido mucopurulento que pasa por difusión a la cavidad abdominal”.
- Apendicitis Gangrenosa o Necrótica
“Apéndice con áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro con líquido en cavidad peritoneal de olor fecaloideo y de aspecto parcialmente turbio”.
- Apendicitis perforada
“Apéndice con pérdida de continuidad de la pared acompañado de líquido purulento en cavidad abdominal”.

- **TIEMPO DE ENFERMEDAD**

“Es el tiempo contabilizado en horas desde el inicio de los signos y síntomas hasta el diagnóstico sindrómico”.¹⁵

2.4. HIPÓTESIS

La presente investigación carece de hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo de corte transversal.

2.5. VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- **Tiempo de enfermedad**

Escala : Intervalo

Valoración : tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el procedimiento quirúrgico.

Índice : < 12 horas

12 - 24 horas

24 - 36 horas

>36 horas

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

- **Hallazgo operatorio**

Escala : Nominal

Valoración : Clasificación anatómica

Índice : 1.- Apendicitis congestiva o catarral

2.- Apendicitis flemonosa o supurativa

3.- Apendicitis gangrenosa o necrótica

4.- Apendicitis perforada

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

- **HALLAZGO OPERATORIO**

Se aplicará la escala de clasificación anatómica de la siguiente manera¹⁸:

- Características
 - 1 - Apendicitis congestiva o catarral
 - 2 - Apendicitis flemonosa o supurativa
 - 3 - Apendicitis gangrenosa o necrótica
 - 4 - Apendicitis perforada

- **TIEMPO DE ENFERMEDAD**

Es el tiempo que transcurre en horas desde que se inicia la sintomatología hasta el momento en el que recibe el tratamiento quirúrgico y en la presente investigación se la evaluara de la siguiente manera.

 - Intervalo de Horas
 - <12 horas
 - 12 – 24 horas
 - 24 – 36 horas
 - >36 horas

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo, observacional, retrospectivo, transversal.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde al nivel descriptivo porque solo se aplicará una ficha de recolección de datos no se efectuará ningún tipo de intervención a las variables.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estará conformada por los 152 pacientes operados de apendicitis aguda a quienes se les aplicará los criterios de inclusión y exclusión.

- **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes >18 años y <60 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda operados por laparoscopia sin otra afección intra abdominal.

- **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes <18 años y >60 años
- Pacientes con neoplasias en cuadrante inferior derecho.
- Pacientes gestantes.
- Inestabilidad hemodinámica.

- Hernia ventral grande.
- Antecedentes de laparotomía.

3.2.2. POBLACIÓN OBJETIVO

La población para la presente investigación estará conformada por 96 pacientes operados de apendicitis aguda por cirugía laparoscópica.

3.2.3. MUESTRA

La muestra en la presente investigación es de 96 pacientes operados de apendicitis aguda por cirugía laparoscópica.

3.2.4. MUESTREO

Se realizará un muestreo no probabilístico, por tratarse de una población pequeña (N= 96).

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de los datos se realizará una revisión minuciosa de historias clínicas. De donde se extraerá los datos de grupo atareó, tiempo de enfermedad en horas y datos del reporte operatorio para así poder determinar la correlación del tiempo de enfermedad con el hallazgo operatorio. Utilizando la escala de clasificación anatómica.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el análisis de los resultados de esta investigación se procederá a realizar un análisis descriptivo de las variables., tales como hallazgo operatorio y tiempo de enfermedad, hallazgo operatorio y género, tiempo de enfermedad y género, utilizando frecuencias y porcentajes que se plasmarán en tablas y gráficos.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En el presente trabajo de investigación se utilizará una ficha de datos cuyos resultados se procesarán utilizando el programa estadístico SPSS versión 25 previa autorización de la oficina de Docencia e Investigación del Hospital Vitarte.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación cumple con los principios de la ética, autonomía porque el paciente es informado sobre procedimiento y firma de forma voluntaria el consentimiento informado del procedimiento quirúrgico, justicia porque al paciente se le ofrece las diferentes opciones de cirugía y se elige la mejor opción de forma individualizada y conjuntamente con el médico, beneficencia porque los médicos están capacitados para la realización de la cirugía, no maleficencia porque no se realizara ninguna intervención al paciente porque se trabajara con recolección en ficha de datos.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

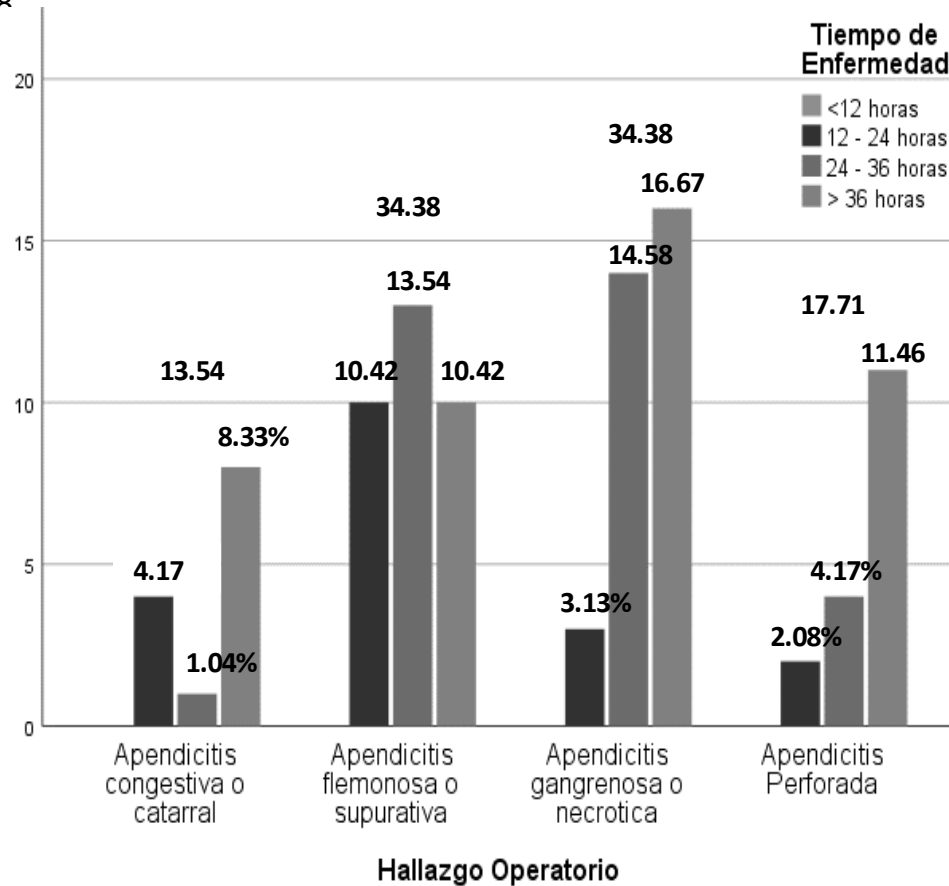
Se trabajó con una población de 152 pacientes apendicectomizados por laparoscopia a quienes se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, siendo excluidos 56 pacientes. Para el procesamiento de datos se utilizó el gestor de base de datos SPSS V25, y para el desarrollo del informe se utilizó el procesador de texto Microsoft Word 2013 y la hoja de cálculo Microsoft Excel 2013, los resultados se muestran plasmados en tablas y gráficos.

Tabla N° 1: Tiempo de enfermedad y hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del hospital vitarte durante el año 2018

Hallazgo Operatorio	Tiempo de enfermedad				Total
	< 12 horas	12 – 24 horas	24 – 36 horas	>36 horas	
Apendicitis congestiva o catarral	0	4 (4.17%)	1 (1.04%)	8 (8.33%)	13 (13.54%)
Apendicitis flemonosa o supurativa	0	10 (10.42%)	13 (13.54%)	10 (10.42%)	33 (34.38%)
Apendicitis gangrenosa o necrótica	0	3 (3.13%)	14 (14.58%)	16 (16.67%)	33 (34.38%)
Apendicitis Perforada	0	2 (2.08%)	4 (4.17%)	11 (11.46%)	17 (17.71%)
Total	0	19 (19.8%)	32 (33.3%)	45 (46.9%)	96 (100%)

Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 1: Tiempo de enfermedad de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 01 se encuentra la distribución de casos por hallazgo operatorio y tiempo de enfermedad (TE). En el cual se evidencia que en el grupo de 12 a 24 horas (10.42%) y en el de 24 a 36 horas (14.58%) hay predominio de apendicitis flemonosa y gangrenosa respectivamente. Por ultimo en el grupo de mayor de 36 horas se evidencia predominio de apendicitis perforada.

Tabla N° 2: Tiempo de enfermedad de 12 – 24 horas y hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018

Tiempo de enfermedad	Hallazgo operatorio				TOTAL
	Apendicitis congestiva o catarral	Apendicitis flemonosa o supurativa	Apendicitis gangrenosa o necrótica	Apendicitis Perforada	
12 – 24 horas	4 (4.17%)	10 (10.42%)	3 (3.13%)	2 (2.08%)	19 (19.8%)

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 02 se evidencia predominio entre las 12 y 24 horas de apendicitis flemonosa o supurada (10.42%), seguido de apendicitis congestiva o catarral (4.17%) apendicitis gangrenosa o necrótica (3%) y por ultimo apendicitis perforada (2%).

Tabla N° 3: Tiempo de enfermedad de 24 – 36 horas y hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018

Tiempo de enfermedad	Hallazgo operatorio				TOTAL
	Apendicitis congestiva o catarral	Apendicitis flemonosa o supurativa	Apendicitis gangrenosa o necrótica	Apendicitis Perforada	
24 - 36 horas	1 (1.04%)	13 (13.54%)	14 (14.58%)	4 (4.17%)	32 (33.3%)

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 03 se evidencia predominio entre las 24 y 36 horas de apendicitis gangrenosa o necrótica (14.58%), seguido de apendicitis flemonosa o supurativa (13.54%), apendicitis perforada (4.17%) y por ultimo apendicitis catarral o congestiva (1.04%).

Tabla N° 4: Tiempo de enfermedad mayor a 36 horas y hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018

Tiempo de enfermedad	Hallazgo operatorio				TOTAL
	Apendicitis congestiva o catarral	Apendicitis flemonosa o supurativa	Apendicitis gangrenosa o necrótica	Apendicitis Perforada	
>36 horas	8 (8.33%)	10 (10.42%)	16 (16.67%)	11 (11.46%)	45 (46.9%)

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 04 se evidencia predominio en mayor de 36 horas de apendicitis gangrenosa (16.67%), seguido de apendicitis perforada (11.46%), apendicitis flemonosa o supurada (10.42%), y por ultimo apendicitis congestiva o catarral (8.33%).

Tabla N° 5: Distribución según género de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	40	41.7%
Femenino	56	58.3%
Total	96	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 05 se muestra la distribución por género, donde el total de sujetos de estudio que fueron 96 (100%), siendo 40 (41.7%) masculino y 56 (58.3%) femenino, representando una proporción entre masculino y femenino de 1:1,4.

Tabla N° 6: Distribución por edad de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
18 – 24	34	35.4%
25 – 30	15	15.6%
31 – 36	17	17.7%
37 – 42	13	13.5%
43 – 48	6	6.3%
49 – 54	8	8.3%
55 – 60	3	3.1%
Total	96	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

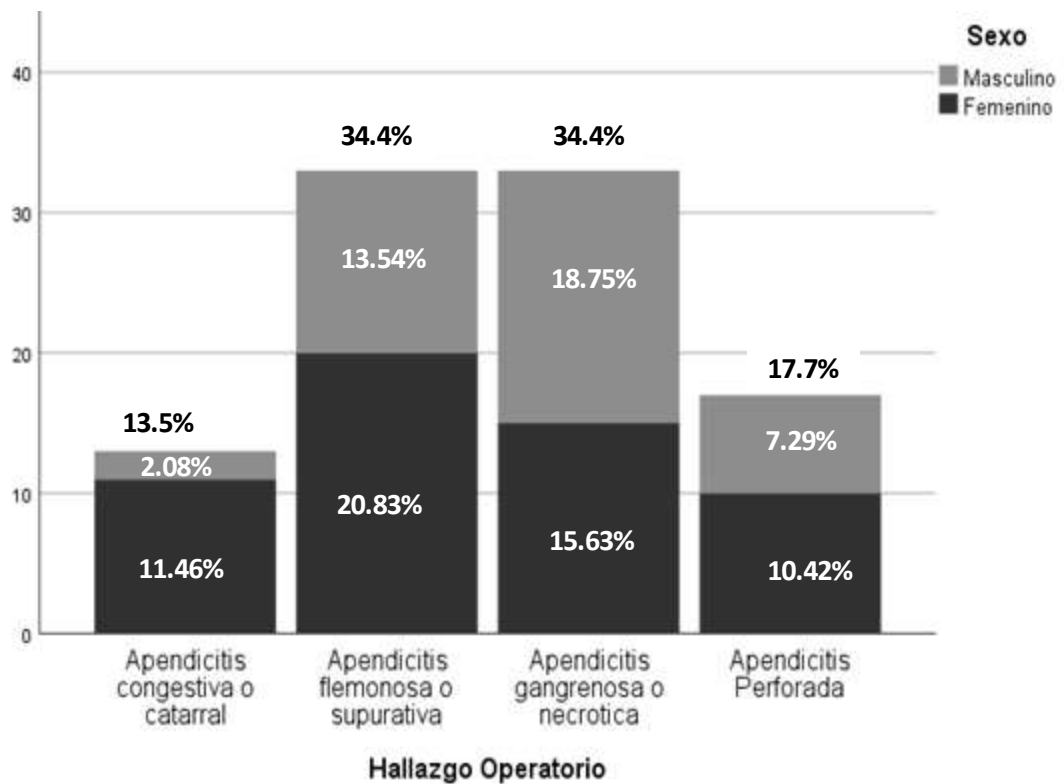
Interpretación: En la tabla N° 06 se muestra la distribución de edades entre los 18 y 60 años distribuidas en 7 intervalos. La media de la edad en la población estudiada es de 31.98 años. Se aprecia que el grupo de (18-24 años) representa un 35.4%, siendo el predominante del grupo, el grupo de (31 – 36 años) representa un 17.7%, estando en el segundo lugar y el grupo de (55 – 60 años) representa un 3.1% siendo el grupo de menor frecuencia.

Tabla N° 7: Hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018

Hallazgo Operatorio	Genero		Frecuencia	Porcentaje
	Masculino	Femenino		
Apendicitis congestiva o catarral	2 (2.08%)	11 (11.6%)	13	13.5%
Apendicitis flemonosa o supurativa	13 (13.54%)	20 (20.83%)	33	34.4%
Apendicitis gangrenosa o necrótica	18 (18.75%)	15 (15.63%)	33	34.4%
Apendicitis Perforada	7 (7.29%)	10 (10.42%)	17	17.7%
Total	40 (41.7%)	56 (58.3%)	96	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 2: Hallazgo operatorio de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

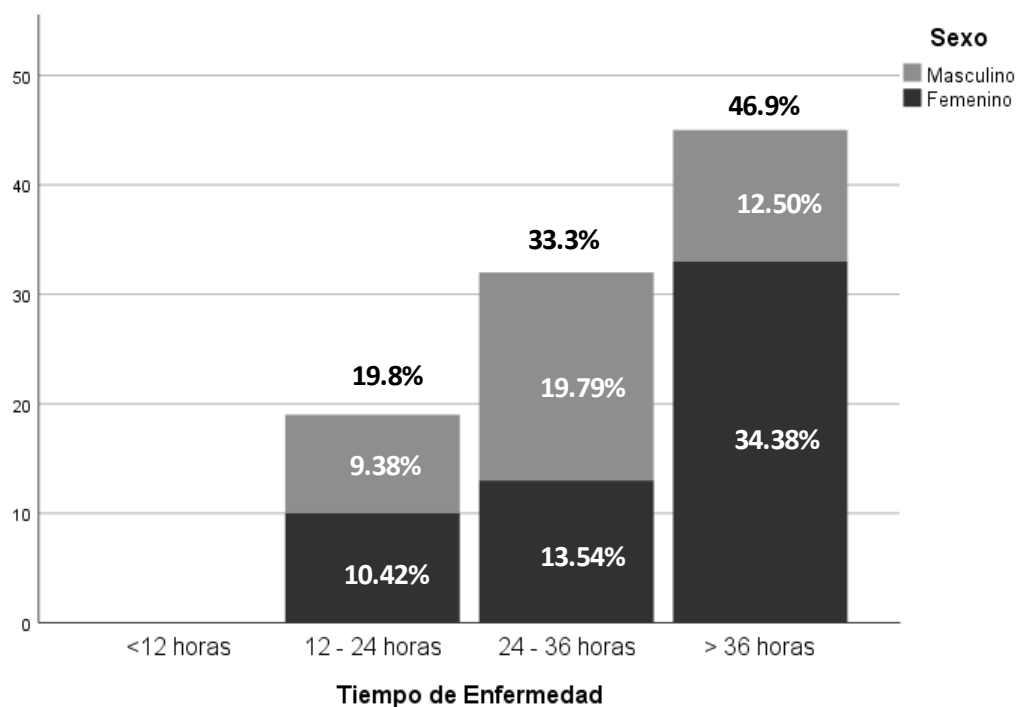
Interpretación: En la tabla 3 y grafico 1 se aprecia la distribución por tipo de hallazgo operatorio, encontrando apendicitis flemonosa o supurativa con 34.4% con predominio femenino, apendicitis gangrenosa o necrótica también con 34.4% con predominio masculino, apendicitis perforada 17.7% predominando el sexo femenino; y por último se encontró (13.5%) de casos que corresponde a apendicitis congestiva, con predominio en el sexo femenino.

Tabla N° 8: Tiempo de enfermedad de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018

Tiempo de Enfermedad	GENERO		Frecuencia	Porcentaje
	Masculino	Femenino		
< 12 h	0	0	0	0%
12 – 24 horas	9 (9.38%)	10 (10.42%)	19	19.8%
24 – 36 horas	19 (19.79%)	13 (13.54%)	32	33.3%
>36 horas	12 (12.50%)	33 (34.38%)	45	46.9%
Total	40 (41.7%)	56 (58.3%)	96	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 3: Tiempo de enfermedad de pacientes apendicectomizados por laparoscopia en el servicio de cirugía del Hospital Vitarte durante el año 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla 4 y el grafico 2 se aprecia la distribución por sexo y tiempo de enfermedad, donde no se encontró ningún paciente con TE menor a 12 horas, en el grupo de 12 – 24 horas se encontró un total de (19.8%) con predominio del sexo femenino; en el grupo de 24 – 36 horas se encontró (33.3%) de casos, con predominio del género masculino; y por último en el grupo de mayor de 36 horas se encontró (46.9%) con predominio del sexo femenino.

4.2. DISCUSIÓN

La apendicitis aguda representa una de las principales causas de emergencias quirúrgicas en la mayoría de servicios de Cirugía, siendo de causa multifactorial y sintomatología variable, con complicaciones fatales la cual ha sido otorgado a tiempo de enfermedad. En la presente investigación el grupo etario de estudio es de >18 años y < 60 años siendo la edad promedio de 31.98 años.

- L. Cruz (2017)⁷ evidencio en su estudio como hallazgo operatorio más frecuente a la apendicitis perforada (61.5%), A. Duran evidencio mayor frecuencia de apendicitis necrosa o gangrenosa y apendicitis perforada en un 54%, resultados que coinciden con lo obtenido en el presente estudio. Siendo la apendicitis flemonosa o supurativa y gangrenosa o necrótica, las más frecuentes, ambas con un porcentaje de 34.38%.
- En este trabajo no se evidencio ningún caso de apendicitis en el grupo de tiempo de enfermedad menor a 12 horas, resultado que coincide con múltiples estudios como los de M. Yugsi (2018)¹⁴, P. Barco (2018)⁶.
- En el presente estudio se evidencia que con un tiempo de enfermedad menor de 24 horas hay predominio de apendicitis

flemonosa o supurativa que difiere con el estudio de M. Yugsi (2018)¹⁴ donde con un tiempo de enfermedad menor a 24 horas se encuentra apendicitis gangrenosa o necrótica.

- Encontrando que con un tiempo de enfermedad mayor a 36 horas se evidencia según la clasificación anatómica una frecuencia elevada de apendicitis gangrenosa y necrótica, dicho resultado difiere del estudio de L. Cruz (2018)⁷ donde con un tiempo de enfermedad mayor a 72 horas encuentra apendicitis perforada, siendo la apendicitis perforada la segunda en frecuencia con dicho tiempo en nuestro estudio. Dicha frecuencia coincide con el estudio de P. Barco (2018)⁶ con un porcentaje de 34.38%.
- Se evidencia mayor frecuencia de casos en pacientes de género femenino (58.3%) respecto al género masculino (41.7%), en una proporción de 1.4:1. Este hallazgo difiere de otros estudios, como el de M. Yugsi (2018)¹⁴, L. Cruz (2018)⁷, P. Barco (2018)⁶, R. Mora (2018) donde se evidencia mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se evidencia que existe mayor frecuencia de apendicitis flemonosa o supurativa y necrótica o gangrenosa con un tiempo de enfermedad de 24 a 36 horas y mayor a 36 horas respectivamente.
- No se evidenciaron casos de apendicitis de ningún grado con tiempo de enfermedad menor a 12 horas.
- Se encontró mayor frecuencia de apendicitis aguda flemonosa o supurativa con un tiempo de enfermedad entre 12 a 24 horas.
- En el grupo de tiempo de enfermedad de 24 a 36 horas se evidencio mayor frecuencia de apendicitis gangrenosa o necrótica.
- Por ultimo con un tiempo de enfermedad mayor a 36 horas se evidencio más casos de apendicitis necrosada o gangrenosa seguida de apendicitis perforada.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se sugiere utilizar la escala de valoración propuesta por Gomes, como también la escala de Alvarado y Rifasa.
- Es importante documentar con la máxima precisión posible el tiempo de enfermedad, para que se facilite la realización de estudios posteriores y evitar posibles complicaciones.
- Se propone agilizar el proceso de diagnóstico diferencial como quiste de ovario a pedículo torcido, embarazo ectópico

enfermedad pélvica inflamatorio, en paciente de género femenino, para evitar retrasos en la toma de decisiones.

- Reducir al máximo el tiempo para llegar al diagnóstico definitivo.
- Se recomienda realizar estudios posteriores respecto al tema de alcance explicativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabrejos Pita JG, Novoa Espejo AR, Iyo Solar LF, Román Robles N. Factores causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas entre 1995 y 2000. Revista Medica Herediana. enero de 2001;12(1):3-7.
2. Ponce Figuerola, Christian Eduardo. Factores de riesgo asociados a la demora del manejo quirurgico de apendicitis aguda en el hospital maria auxiliadora en el periodo julio – diciembre del 2015 [Internet]. Universidad Privada Ricardo Palma; 2017 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/891>
3. Nicolás Mitru Tejerina. abdomen agudo no quirurgico. La Paz; 2011. 553 p.
4. Héctor Vásquez Garcia, Marino Flores Lujan. Indicadores Hospitalarios - Hospital Vitarte - 2018 [Internet]. Vitarte: Hospital Vitarte; Report No.: 12. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=1886>
5. Gomes CA, Nunes TA, Fonseca JC, Junior CS, Gomes CC. Laparoscopy grading system of acute appendicitis: new insight for future trials. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. octubre de 2012;22(5):463-6.
6. Cedeño L, Cumandá S. Apendicitis aguda diagnóstico precoz y complicaciones en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Guayaquil período 2015 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2016 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36504>

7. Vera M, Victoria R. Factores de riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes adultos entre 18 a 55 años [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31133>
8. Gualli G, Esther D. Factores de riesgo y complicaciones de apendicitis aguda en edades de 18 a 40 años en el Hospital General Liborio Pancha Sotomayor durante el periodo 2014 a 2015 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/23228>
9. Angamarca A, Aleida E. Factores asociados a la apendicitis aguda complicada en los adultos hospitalizados en el Área de cirugía del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja en el periodo julio-diciembre 2015. 2016 [citado 11 de enero de 2019]; Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/16496>
10. Cuichán Y, Vinicio M. Estudio multicéntrico sobre los factores causales intra y extra hospitalarios que producen apendicitis aguda complicada, en pacientes adultos de ambos sexos, atendidos en el Hospital Enrique Garcés y Hospital Pablo Arturo Suárez en el periodo de enero a agosto de 2017. 2018 [citado 11 de enero de 2019]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16396>
11. Labajos B, Orlando P. Concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – diciembre del 2016. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado 11 de enero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1204>

12. Díaz C, Augusto L. Tiempo de enfermedad y premedicación como riesgo para apendicitis perforada en el Hospital de Ventanilla, enero – septiembre 2017. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado 11 de enero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1308>
13. Miranda D, Alexis A. Asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en un Hospital del Seguro Social de Lima Metropolitana, de enero 2015 a enero 2016. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado 11 de enero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1309>
14. Castro P, Arturo R. Evaluación entre el tiempo de enfermedad y el tiempo preoperatorio y el desarrollo de perforación en pacientes con apendicitis aguda. servicio de cirugía del hospital goyeneche de arequipa, octubre a diciembre 2015. Universidad Católica de Santa María - UCSM [Internet]. 16 de marzo de 2016 [citado 11 de enero de 2019]; Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe:80/repositorio/handle/UCSM/5089>
15. F. Charles Brunicardi. Capítulo 30 - El apéndice. En: Dana K. Andersen, Timothy R. Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Jeffrey B. Matthews, Raphael E. Pollock, editores. Schwartz - Principios de Cirugía. Décima edición. México, D.F.: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; p. 1267-88.
16. Salvador Francisco Campos Campos, Jorge Cervantes Cruz. Capítulo 25 - Apendicitis aguda. En: Gutiérrez - Arrubarrena, Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 4ta edición. Manual Moderno; 2012. p. 351-9.

17. Gutiérrez Samperio C, Arrubarrena Aragón C. Gutiérrez-Arrubarrena: fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo [Internet]. 2012 [citado 19 de enero de 2019]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10832093>
18. Frieden TR. Evidence for Health Decision Making — Beyond Randomized, Controlled Trials. Drazen JM, Harrington DP, McMurray JJV, Ware JH, Woodcock J, editores. *New England Journal of Medicine*. 3 de agosto de 2017;377(5):465-75.
19. Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, Catena F, Weber DG, Sartelli M, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. *World Journal of Emergency Surgery* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 16 de enero de 2019];11(1). Disponible en: <http://wjes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-016-0090-5>
20. Teixeira FJR, Couto Netto SD do, Akaishi EH, Utiyama EM, Menegozzo CAM, Rocha MC. Acute appendicitis, inflammatory appendiceal mass and the risk of a hidden malignant tumor: a systematic review of the literature. *World Journal of Emergency Surgery* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 16 de enero de 2019];12(1). Disponible en: <http://wjes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-017-0122-9>
21. Wagner M, Tubre DJ, Asensio JA. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. *Surgical Clinics of North America*. octubre de 2018;98(5):1005-23.
22. Sabiston DC, Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. 20th edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017. 2146 p.
23. Doherty GM. Current diagnosis & treatment surgery (Review Questions) [Internet]. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC.; 2015 [citado 20 de enero de 2019]. Disponible en:

<https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=https://accessmedicine.mhmedical.com/qa.aspx?resourceID=1279>

24. Yeo CJ, editor. Shackelford's surgery of the alimentary tract. Eighth edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019.
25. González RCR, Alvarez JG, Téllez RT. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. Rev Hosp Jua Mex. 2009;76(4):210-6.
26. McGee SR. Evidence-based physical diagnosis. 4th edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. 736 p.
27. Quevedo Guanche L. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. junio de 2007;46(2):0-0.
28. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet. 26 de septiembre de 2015;386(10000):1278-87.
29. Andersson RE. The natural history and traditional management of appendicitis revisited: spontaneous resolution and predominance of prehospital perforations imply that a correct diagnosis is more important than an early diagnosis. World J Surg. enero de 2007;31(1):86-92.

ANEXOS

Anexo N° 1: Operacionalización de variables

ALUMNO: Yesenia Maribel, LUCKUN PIZARRO

ASESOR: Dr. Roy Martin, ANGULO REYES

LOCAL: Chorrillos


TEMA: HALLAZGO OPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES OPERADOS POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL AÑO 2018

VARIABLE INDEPENDIENTE: Tiempo de Enfermedad			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Número de horas	< 12 horas	Intervalo	Ficha de Recolección de datos
	12 – 24 horas		
	24 – 36 horas		
	>36 horas		

VARIABLE DEPENDIENTE: Hallazgo Operatorio			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Clasificación anatómica	1.- Apendicitis congestiva o catarral.	Nominal	Ficha de Recolección de datos
	2.- Apendicitis flemonosa o supurativa		
	3.- Apendicitis gangrenosa o necrótica		
	4.- Apendicitis perforada		

Anexo N° 2: Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
---	--

Título: “Evaluación del hallazgo operatorio de apendicitis aguda y el tiempo de enfermedad utilizando la escala de clasificación anatómica en el servicio de cirugía del Hospital de Vitarte durante el año 2018”

Autor: LUCKUN PIZARRO, Yesenia Maribel

Fecha:

N° Ficha: _____

Edad: _____ años

Género: 1. Masculino () 2. Femenino ()

Tiempo de enfermedad: _____ horas

Hallazgo Operatorio

	Características
1	Apendicitis congestiva o catarral
2	Apendicitis flemonosa o supurativa
3	Apendicitis gangrenosa o necrótica
4	Apendicitis perforada

Anexo N° 3: Validación de instrumento - Consulta experto

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Medico Asesor: Dr. Daniel CHUAN VENTURO
 1.2 Cargo e institución donde labora: Asesor Estadístico / Universidad Privada San Juan Bautista
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Yesenia Maribel, LUCKUN PIZARRO

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre tiempo de enfermedad y hallazgo operatorio					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la observación del hallazgo operatorio según el tiempo de enfermedad.					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo observacional de corte transversal.					✓


III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 18 de febrero de 2019


 Dr. Daniel Chuan Venturo
 Asesor Estadístico
 Universidad Privada San Juan Bautista

Firma del Especialista
 D.N.I. N°: 10224641
 Teléfono: 969318794

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Medico Asesor: Roy Martin, ANGULO REYES
 1.2 Cargo e institución donde labora: Asesor Metodólogo / Universidad Privada San Juan Bautista
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Yesenia Maribel, LUCKUN PIZARRO

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre tiempo de enfermedad y hallazgo operatorio					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la observación del hallazgo operatorio según el tiempo de enfermedad.					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo observacional de corte transversal.					✓

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Asesor* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 02 de febrero de 2019



Roy Martin Angulo Reyes
C.M.P. 32882

Firma del Metodólogo
D.N.I Nº: 06190093
Teléfono: 923254110

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Medico Asesor: Elsi, BAZÁN RODRÍGUEZ
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Asesor Estadístico / Universidad Privada San Juan Bautista
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Yesenia Maribel, LUCKUN PIZARRO

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:


INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre tiempo de enfermedad y hallazgo operatorio					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la observación del hallazgo operatorio según el tiempo de enfermedad.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo observacional de corte transversal.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *aplica* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 02 de febrero de 2019

Elsi Bazán Rodríguez
 COESPE N° 444

-Firma del Estadístico
 D.N.I. N°19209983:
 Teléfono: 977414879

Anexo N° 4: Matriz de consistencia

ALUMNO: Yesenia Maribel, LUCKUN PIZARRO

ASESOR: Dr. Roy Martin, ANGULO REYES

LOCAL: Chorrillos

TEMA: HALLAZGO OPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES OPERADOS POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL AÑO 2018

53

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda según el tiempo de enfermedad en pacientes operados por laparoscopia?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad menor a 12 horas en pacientes operados por laparoscopia?</p>	<p>General: OG: Conocer el hallazgo operatorio de apendicitis aguda según el tiempo de enfermedad en paciente operados por laparoscopia.</p> <p>Específicos: OE1: Determinar el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad menor a 12 horas en pacientes operados por laparoscopia.</p>	<p>General: HG: La presente investigación carece de hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo de corte transversal.</p>	<p>Variable Independiente: Tiempo de Enfermedad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 12 horas • 12 – 24 horas • 24 – 36 horas • >36 horas <p>Variable Dependiente: Hallazgo Operatorio de Apendicitis</p> <p>Indicadores:</p>

<p>PE 2: ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad de 12 a 24 horas en pacientes operados por laparoscopia?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad de 24 a 36 horas en pacientes operados por laparoscopia?</p> <p>PE 4: ¿Cuál es el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad mayor a 36 horas en pacientes operados por laparoscopia?</p>	<p>OE 2: Precisar el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad de 12 a 24 horas en pacientes operados por laparoscopia.</p> <p>OE 3: Establecer el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad de 24 a 36 horas en pacientes operados por laparoscopia.</p> <p>OE 4: Determinar el hallazgo operatorio de apendicitis aguda con un tiempo de enfermedad mayor a 36 horas en pacientes operados por laparoscopia.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 1.- Apendicitis congestiva o catarral • 2.- Apendicitis flemonosa o supurativa • 3.- Apendicitis gangrenosa o necrótica • 4.- Apendicitis perforada
DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA		TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>- Nivel: Descriptivo</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional, retrospectivo, transversal.</p>	<p>Población: Pacientes operados de apendicitis aguda N=152</p> <p>Criterios de Inclusión:</p>		<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes >18 años y <60 años. ○ Pacientes de ambos sexos. ○ Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda operados por laparoscopia sin otra afección intra abdominal. ○ <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes <18 años y >60 años ○ Pacientes con neoplasias en cuadrante inferior derecho. ○ Pacientes gestantes. ○ Inestabilidad hemodinámica. ○ Hernia ventral grande. ○ Antecedentes de laparotomía. <p>N=96 (Población Objetiva)</p> <p>Tamaño de muestra: Por tratarse de un trabajo descriptivo se trabajará con una población finita de 152 pacientes.</p> <p>Muestreo: Muestreo no probabilístico</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
--	--	--------------------------------------

Anexo N° 5: Carta de aprobación del Hospital



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital
Vitarte

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

PROVEIDO DE INVESTIGACION N°014-2019

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dra. Josefina Emperatriz Mimbela Otiniano

Directora del Hospital Vitarte

Dra. Rosa Bertha Gutarra Vilchez

Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Dr. Pedro M. Arango Ochante

Jefe del Área de Investigación

Dejan Constancia que:

LA ALUMNA:

YESENIA MARIBEL LUCKUN PIZARRO



Ha presentado su trabajo de Investigación titulado:



"HALLAZGO OPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES OPERADOS POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL AÑO 2018"

El cual ha sido autorizado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VITARTE
Dra. Josefina Emperatriz Mimbela Otiniano
C.M.P. 19294 - R.N.E. 12184
DIRECTORA

Lima, /8 de febrero del 2019

Anexo N° 6: Carta de aprobación del comité de ética de la Universidad



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 187-2019

Vista la Solicitud N°01-00273542 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

HALLAZGO OPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES OPERADOS POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL AÑO 2018

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS187**

Investigador(a) Principal: LUCKUN PIZARRO YESENIA MARIBEL

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que **SI CUMPLE**, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, ciñéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 19 de febrero de 2019

Dra. Gloria Antonieta Manrique Borjas
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T. (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T. (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanyailla
T. (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Aljifla s/n Urbanización Las Villas
(Ex-foch)
T. (056) 240-329 / 280-402