

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

FUENTES RIVERA ALVARADO DAYANA

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

LIMA-PERÚ

2019

ASESOR
Dr. Roy Martin Angulo Reyes

AGRADECIMIENTO

A mi familia que siempre me brindaron el apoyo incondicional durante el transcurso de toda mi carrera.

Mi sincero agradecimiento a los médicos asistentes, y a los médicos residentes quienes fueron parte de mi formación integral durante el año de internado médico por compartir sus experiencias y conocimientos. Así mismo al Dr. Roy Martin Angulo Reyes quien me oriento y superviso durante la realización de la tesis.

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mi abuelo Julián Alberto Fuentes Rivera Porlles, quien siempre estuvo orgulloso de mí y por darme la motivación para enfrentar cada meta.

A mis padres y hermanos que son la mayor motivación para la realización de esta tesis y por ser la guía de mi formación como profesional.

A dios quien estuvo presente en los momentos más difíciles y por haberme guiado por el camino correcto.

RESUMEN

Objetivo: Describir los aspectos sociodemográficos y clínicos de pacientes con diagnóstico de apendicetomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2018. **Materiales y métodos:** El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población son los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico postoperatorio de apendicetomía negativa corroborado por el examen de anatomopatológica, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La información fue extraída de la revisión de las historias clínicas del archivo del HNHU en una ficha de recolección de datos, y luego fue registrada en hojas del programa Excel 2019, siendo exportada al programa estadístico SPSS Statistics versión 25 para su procesamiento y análisis respectivo, por lo cual fue representada en tablas y gráficos según los objetivos. Además de la interpretación correspondiente. **Resultados:** En el análisis de las características sociodemográficas se observó que predominó el género femenino (65.88%), de personas que tenían de 25 a 59 años (55.29%), de las personas con convivientes (34.11%) y de las personas con nivel de instrucción secundario (44.7%). En el análisis de las características clínicas se pudo evidenciar que el mayor porcentaje pertenecían a los que tuvieron una forma de inicio de insidiosa (71.76%), un tiempo de enfermedad ≥ 1 día (56.47%) y un recuento leucocitario normal (54.11%). Se calculó la Tasa de Apendicetomía Negativa (TAN) la cual fue de 9.17%. Por último, se observó que el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal (97.64%) y el signo más frecuente fue el dolor en fosa iliaca derecha (38.82%). **Conclusión:** La población con AN que se presentó con mayor porcentaje fueron las mujeres, la que presentó una forma de inicio insidiosa y con dolor abdominal. **Palabras claves:** Apéndice Negativa, Características sociodemográficas, Características clínicas.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and clinical aspects of patients diagnosed with a negative appendectomy of Hospital Nacional Hipólito Unanue in 2018. **Materials and methods:** The study is observational, descriptive, transversal and retrospective. The population is the patients who underwent surgery with postoperative diagnosis of negative appendectomy corroborated by the anatomical-pathological examination, who met the inclusion and exclusion criteria. The information was extracted from the review of the medical record of the HNHU file in data collection form, and then it was registered in sheets of the Excel 2019 program, being exported to the statistical program SPSS Statistics version 25 for its processing and respective analysis, for which it was represented in tables and graphs according to the variables. In addition to the corresponding interpretation. **Results:** In the analysis of the sociodemographic characteristics, it was observed that the female sex predominated (65.88%), of people who were between 25 and 59 years old (55.29%), of the people with cohabitants (34.11%) and of the people with a level of education. secondary (44.7%). In the analysis of the clinical characteristics, it was possible to show that the highest percentage belonged to those who had an insidious onset form (71.76%), a disease time ≥ 1 day (56.47%) and a normal leukocyte count (54.11%). The Negative Appendectomy Rate (TAN) was calculated, which was 9.17%. Finally, it was observed that the most frequent symptom was abdominal pain (97.64%) and the most frequent sign was pain in the right iliac fossa (38.82%). **Conclusion:** The population with Negative Appendix that presented with the highest percentage were women, which presented an insidious onset and with abdominal pain. **Keywords:** Negative Appendix, Sociodemographic characteristics, Clinical characteristics.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una de las enfermedades más frecuentes en los servicios de emergencia a nivel mundial. En la actualidad sigue siendo un desafío para los médicos cirujanos por la variada sintomatología y los múltiples diagnósticos diferenciales que esta enfermedad quirúrgica puede presentar. Es por ello que en algunos casos el hallazgo postoperatorio de los pacientes con sospecha diagnóstica de apendicitis aguda no se relacionan con esta misma, pudiéndose encontrar un apéndice normal por diagnóstico intraoperatorio que luego será corroborado por el diagnóstico anatomopatológico, conociéndose como apendicetomías negativas.

En el capítulo I: Se plantea el problema de investigación, formulando la pregunta de investigación, además de redactar la justificación, objetivos y propósito del presente trabajo.

En el capítulo II: Se citan los antecedentes bibliográficos de acorde al presente estudio tanto del ámbito nacional como internacional, de igual manera se desarrollan las bases teóricas correspondientes a la apendicitis aguda y la apendicetomía negativa. Además, se exponen las variables del estudio.

En el capítulo III: Se define la metodología de investigación, comprendida por el diseño de estudio, la población y su respectiva muestra, así como la descripción de la técnica e instrumento de recolección de los datos a usar, sin obviar el análisis y procesamiento estadístico de los datos de estudio.

En el capítulo IV: Se exponen los resultados hallados para luego ser discutidos con otros estudios nacionales e internacionales.

En el capítulo V: Se culmina el trabajo de investigación redactando las conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

ÍNDICE

CARATULA.....	I
ASESOR.....	II
GRADECIMIENTO.....	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. ESPECIFICO.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6. OBJETIVOS.....	5
1.6.1. GENERAL.....	5
1.6.2. ESPECIFICOS.....	5
1.7. PROPÓSITO	6
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	7
2.2. BASES TEÓRICAS	10
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	15
2.4. HIPÓTESIS.....	17

2.5.	VARIABLES.....	17
2.6.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	19
	CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
3.1.	DISEÑO METODOLÓGICO	20
3.1.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
3.1.2.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	20
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	20
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .	22
3.4.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
3.5.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	23
3.6.	ASPECTOS ÉTICOS.....	23
	CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	24
4.1.	RESULTADOS	24
4.2.	DISCUSIÓN.....	31
	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	35
5.1.	CONCLUSIONES.....	35
5.2.	RECOMENDACIONES.....	36
	REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS	38
	ANEXOS.....	43

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N°01: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA - HNHU 201	24
TABLA N°02: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA - HNHU 2018	25
TABLA N°03: EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018	26
TABLA N°04: CAUSAS DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL UNANUE EN EL AÑO 2018	27
TABLA N°05: TASA DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018	29
TABLA N°06: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018	30

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁG.
GRÁFICO N°01: CAUSAS DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL UNANUE EN EL AÑO 2018	28
GRÁFICO N°02: TASA DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL UNANUE EN EL AÑO 2018	29

LISTA DE ANEXOS

	PÁG.
ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
ANEXO N°02: INSTRUMENTO	46
ANEXO N°03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS	49
ANEXO N°04: MATRIZ DE CONSISTENCIA	52
ANEXO N° 05: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	57

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica causante de la mayor cantidad de casos de abdomen agudo quirúrgico a nivel mundial.¹ Su tratamiento se da exclusivamente mediante una intervención quirúrgica conocida como apendicectomía, y es de suma importancia que esta se realice a la brevedad, ya que el retraso en la toma de decisiones para intervenir quirúrgicamente a los pacientes con este diagnóstico presuntivo puede llevar a generar complicaciones como una perforación del apéndice y peritonitis.^{2,3} Sin embargo, se encuentran casos en los cuales hay sospecha diagnóstica de apendicitis aguda y que fueron operados mediante una apendicectomía abierta o laparoscópica es posible encontrar un apéndice normal, catalogándose este cuadro como una apendicectomía negativa o apendicectomía en blanco, a causa de un diagnóstico apresurado o un cuadro clínico poco característico.

Actualmente se conoce en base a diversos estudios realizados a nivel internacional que la tasa promedio de apendicectomías negativas (TAN) oscila entre 5 a 15%.⁴ En países en vías de desarrollo como el nuestro, se desarrollaron estudios en otros hospitales nacionales donde se encontró una TAN de 6.7% en 1999⁵, de 15% en el 2007⁶, de 7,7% en el 2014⁷ y el más reciente de 5,3% en el año 2017⁸. Como se observa, las cifras siguen siendo muy variables y no han decrecido considerablemente como en Europa y otras partes del mundo, debido a que no se cuenta o no es rutinario el uso de pruebas diagnósticas como la TAC abdominal con contraste, la ecografía y escalas diagnósticas actualizadas^{9,10,11}; para diagnosticar apendicitis aguda adecuadamente, debido a que la mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud, el diagnóstico de esta patología es realizado en la mayoría de los casos principalmente en base al cuadro clínico del paciente.^{12,13} Si bien se conoce algunos factores asociados a esta condición,

no todos están claramente definidos; debido a que hay una limitada cantidad de estudios sobre dicha problemática a nivel nacional, motivo por el cual se plantea el siguiente problema de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

- ¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos y clínicos de pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?

1.2.2. ESPECIFICO

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?
- ¿Cuáles son las características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2018?
- ¿Cuáles son los exámenes complementarios de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?
- ¿Cuáles son las causas de apendicectomía negativa en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?
- ¿Cuál es la tasa de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Actualmente, la apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas con mayor frecuencia de casos presentados en los servicios de emergencias de los centros de salud a nivel mundial. Los criterios diagnósticos de esta misma son básicamente clínicos; sin embargo, actualmente se cuenta con herramientas diagnósticas mucho más precisas como son los exámenes de laboratorio (recuento de leucocitos), ecografía abdominal, TAC abdominal con contraste, entre otras^{14, 15}. Corroborándose el diagnóstico postoperatorio final con los resultados histopatológicos.

Las apendicetomías negativas han ido decreciendo en los últimos años, debido a herramientas diagnósticas mencionadas y la introducción de escalas diagnósticas para esta patología, considerándose tasas aceptables entre el 10% al 15%^{8, 21}.

JUSTIFICACIÓN SOCIAL

En nuestro país, conociéndose el uso de todas estas herramientas para un diagnóstico más preciso y reducir las tasas de apendicetomías negativas, el diagnóstico de dicha patología sigue siendo en la gran mayoría de los casos clínico, en base a los signos y síntomas del paciente, muchas veces obviando el uso de escalas, protocolos estandarizados y otras herramientas diagnósticas. Motivo por el cual la tasa de apendicetomías negativas sigue siendo muy variables.

JUSTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Teniendo en cuenta que un adecuado conocimiento de los aspectos sociodemográficos y clínicos nos permitiría un correcto diagnóstico de las apendicetomías negativas y por ende disminuiría considerablemente la frecuencia de estas, resultando como consecuencia la disminución de gasto innecesario por parte de la institución prestadora de servicio de salud, como también la disminución de la morbimortalidad por esta patología.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Se plantea el siguiente tipo de estudio debido a que no se ha encontrado antecedentes de este problema de investigación en la institución de salud en la que se llevara a cabo, más si en poblaciones homogéneas de otros centros de salud a nivel nacional. Por tal motivo se plantea un estudio cuyo nivel de investigación permitirá explorar y describir la población de estudio para observar las características clínicas y sociodemográficas que la representan y las frecuencias de estas mismas.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizará en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de la ciudad de Lima. Se incluye a los pacientes no pediátricos (mayores de 14 años) que fueron sometidos a apendicetomía en el periodo entre el 01 enero y el 31 de diciembre del 2018 según el libro de reportes de sala de operaciones. Se excluirá las historias clínicas que no contaran con informe ficha de atención en el servicio de emergencia e informe de anatomía patológica.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Es factible la realización del trabajo ya que se basa en la información recolectada de las historias clínicas de los pacientes, sin embargo, no se cuenta con todas adecuadamente llenadas, mucha de ellas con información incompleta y/o letra poco legible que impide su adecuada recolección de datos. Además de ello, no se cuenta con la totalidad de los resultados de anatomía-patológica de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el mes de diciembre.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

- Describir los aspectos sociodemográficos y clínicos de pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.

1.6.2. ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.
- Describir las características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2018.
- Describir los exámenes complementarios de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.
- Identificar las causas de apendicectomía negativa en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.
- Calcular la tasa de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.

1.7. PROPÓSITO

- El presente estudio busca describir los aspectos sociodemográficos y clínicos de pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Creedon et al., el 2018 en Negative appendectomy rates in Beaumont Hospital. En este estudio realizado en 298 pacientes del Hospital de Beaumont se ha encontrado que el 22,48% (67) de ellos presentaron hallazgos histopatológicos de apéndice normal, catalogándose como apendicectomía negativas. Se observó también que de estas 67 apendicetomías negativas 3 pacientes fueron sometidos previamente a TAC con contraste para corroborar el diagnóstico de apendicitis aguda por lo cual se realizó la intervención quirúrgica correspondiente¹⁸.

Idrovo y Vega et al., el 2017 en Apendicetomía negativa en pacientes apendicectomizados en el Hospital de Vozan de Quito de enero del 2010 a enero del 2017: estudio exploratorio. En este estudio se incluyó 246 pacientes que fueron apendicectomizados durante siete años tomándose 35 a 36 pacientes elegidos al azar donde la prevalencia de apendicetomía negativa fue el 14.23%, el promedio de edad fue entre los 8 a 22 años, así mismo el género femenino alcanzo una prevalencia del 22.22%. En 35 casos el reporte histopatológico fue negativo para apendicetomía negativa concordando con el cirujano solamente el 2.86%¹⁶.

López et al., el 2016 en Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda. En este estudio se utilizó una muestra de 533 personas solo confirmándose apendicitis aguda en 482 del total, corroborándose que el 9,6% fueron apendicetomías negativas de las cuales el 3,6% fueron por enfermedad inflamatoria pélvica y un 3,3% por adenitis mesentérica. Siendo los síntomas más frecuentes: Dolor en fosa iliaca derecha

(471), migración del dolor (395) y rebote positivo (377). Se determinó también que el uso de la Escala de Alvarado para corroborar el diagnóstico de apendicitis aguda tuvo una sensibilidad 55,4%, especificidad de 96,1%, VPP de 99,3% y VPN de 18,5%¹⁷.

Ccacciavillani et al., el 2015 en Correlación de Ecografía y Anatomía Patológica en Apendicitis Aguda. En este estudio se correlaciona el diagnóstico anatomopatológico con los resultados ecográficos de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda. Se realizó ecografía abdominal a todos los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda de los cuales el 60.3% fueron positivas de los cuales el 87.7% fueron confirmadas por anatomía patológica con el 68.49%. Según el análisis la concordancia fue 73.52%. Además, el resultado de acuerdo a la distribución según el diagnóstico ecográfico se encontró que el 24.2% no se encontraron particularidades, según el diagnóstico anatomopatológico el 12.3% se encontraron apéndices normales y que la tasa de apendicectomías negativas se encontró en 12.3%.³¹

Jones et al., el 2014 en Are negative appendectomies still acceptable? En este estudio de 389 apendicetomías realizadas, el 66% son de género masculino, la media edades fue de 31 años; se observó que el uso de TAC de forma más constante disminuyó considerablemente la frecuencia de casos de apendicetomías negativas siendo estos el 17% en el 2000, 9% en el 2001 y 2% en el 2002⁹.

Lee M et al., el 2014 en The morbidity of negative appendectomy. En este estudio que se realizó durante 2 años, en el cual se realizaron 467 apendicectomías laparoscópicas, de las cuales se evidencia que el 30.6% (143) fueron apendicectomías negativas. Se observó que las mujeres presentaron mayor frecuencia de apendicectomías negativas en un 43%, en comparación a

un 17% presentado en los varones ($p < 0,0001$). Además, se evidenciaron complicaciones en 62 pacientes (13,3 %). Se requirió re operación o intervención invasiva después de cuatro apendicectomías negativas (2.8%)²⁰.

ANTECEDENTES NACIONALES

Ravelo, el 2017 en Apendicetomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015-2016. En este estudio se incluía 68 pacientes intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de apendicitis aguda, representando las apendicetomías negativas el 5.3% teniendo baja incidencia en este estudio. Con respecto a la clínica, el tiempo de enfermedad resulta mayor a 2 días representando al 35% en este estudio. Además, el dolor abdominal localizado o irradiado en fosa iliaca derecha se presentó en el 96.7% a comparación del estreñimiento solo con un 3%. Dentro de las patologías encontradas, las ginecobstetricias predominan con el 51.7% evidenciándose como resultado que el quiste de ovario es el error más común al momento de diagnosticar con un 28.3% luego de las causas abdominales con el 41.7%. El promedio de edad encontrado oscila entre 30 a 59 años con un 45%⁸.

Valle, el 2016 en Factores asociados a Apendicetomía Negativa en pacientes atendidos en el Hospital San José del Callao, agosto-noviembre 2015. En este estudio se encuentra que la incidencia de los casos de apendicitis aguda es el 15-25% el cual se debe tomar en cuenta por el uso recursos humanos y materiales, así como las complicaciones postoperatorias. En cuanto al género el mayor porcentaje de pacientes atendidos por apendicetomía negativa fue el 67.7% fue femenino. En los síntomas evaluados no está relacionado con Hiporexia sino con el dolor en fosa derecha. El tiempo de enfermedad son mayores a 24 horas sugiriendo otras patologías principalmente ginecológicas.

Dentro de los signos que se evaluaron (Rovsing, Blumberg y McBurney) son sugestivos de apendicitis aguda pero no son patognomónicos²¹.

Priale, el 2014 en Factores asociados a Apendicetomías Negativas en una clínica privada en Lima-Perú. En este estudio se incluía a 373 pacientes de los cuales se excluyó a 13 pacientes debido a un mal registro de la historia clínica. Durante el año 2012 se realizó 134 apendicetomías de los cuales 8 eran apendicetomías negativas, siendo la población femenina mayoritaria con un 55.9%. La edad en que se presentaron fue de 17 a 33 años en promedio. El inicio de enfermedad fue brusco con 7.4% a diferencia del 84.8% que fue insidioso. En cuanto a los signos y síntomas que se presentaron con más frecuencia fue el signo de McBurney con un 91.2%, el dolor en fosa iliaca derecha en 83.8%, Hiporexia con 75.5%, fiebre con 73.3% y la presencia de leucocitosis con un 72.2%. La frecuencia fue del 7.7% de las apendicetomías negativa encontrándose en un rango aceptable según literatura extranjera (2-9%). Además, el estudio indica que el resultado en la anatomía patológica de un apéndice normal lleva a ocasionar complicaciones durante el postoperatorio y gastos administrativos para la institución.⁷

2.2. BASES TEÓRICAS

La apendicitis aguda y sus primeros escritos se remontan desde la época medieval donde se encuentra la descripción de una patología determinada por un tumor grande a nivel abdominal que fue designado “Fosa Ilíaca”. Precedentemente al siglo XIX se pensaba que este cuadro clínico estaba causado por la inflamación del ciego. No es hasta el año 1886 que el patólogo Reginald Fitz propone el término de “Apendicitis” en su notable “Inflamación perforante del apéndice vermiforme”. En el año 1887 se llevó a cabo la primera apendicetomía exitosa por ruptura de apéndice por el medico T. G. Morton.

Charles McBurney en 1889, explico su conocido punto doloroso o punto de McBurney.^{1,21}

La apendicitis aguda es un cuadro catalogado como un síndrome doloroso abdominal bien marcado y de consulta frecuente en las áreas de emergencias de los hospitales a nivel mundial, esta patología puede presentar diversas molestias clínicas muy variadas (signos y síntomas), lo que en muchos de los casos puede confundir al médico que evalúa al paciente y generándose de esta manera un diagnóstico erróneo y por lo tanto una decisión quirúrgica inadecuada. Motivo por el cual se realizan apendicectomía abiertas o laparoscópicas y no se encuentran hallazgos intraoperatorio compatibles con el diagnostico previamente planteado, a esto se conoce como apendicectomías en blanco o negativas.^{21,23}

El apéndice cecal según su estructura se define anatómicamente como la porción la inferior del intestino ciego y que esta va a tomar la forma de un cilindro pequeño y flexible ubicándose en la porción inferior e interna del ciego a 2-3 cm por debajo del ángulo ileocecal, es decir en la unión de lastres cintillas del intestino grueso. Las medidas oscilan entre los 2,5 cm a 23 cm, con un ancho de 6 a 8 mm, siendo esta la de mayor a nivel de la base del apéndice.⁸

El apéndice cecal, al encontrarse ligado al ciego lo acompaña en sus diversas posiciones, es por ello que adopta una posición normal cuando este órgano se encuentra en la fosa ilíaca derecha, sin embargo en otras ocasiones puede hallarse ubicado en una posición más alta encontrándose debajo del hígado o en la región lumbar derecha por delante del riñón, como también en otras ocasiones puede estar localizado en una posición baja situado en la cavidad pelviana y muy raras veces adopta una posición ectópica encontrándose en la fosa ilíaca izquierda. Entonces, si dibujamos una línea imaginaria vertical a y otra horizontal a la altura de ese punto, se clasifica la posición del apéndice en ascendente o descendente, interna o externa y anterior o retrocecal. Se sabe entonces, que la localización más frecuente en la cual se sitúa el apéndice es la descendente interna, hallándose hasta en un 44% de los casos, luego está la localización

externa con un 26%, luego la localización interna ascendente con el 17% y, por último, el apéndice retrocecal con un 13%. La diversa localización y colocaciones que puede presentar el apéndice cecal nos presenta la variedad de puntos dolorosos y zonas que se pueden dar en la apendicitis aguda y es por ello que a veces se dificulta el adecuado diagnóstico.^{21,24}

El apéndice cecal se encuentra formado primero por la túnica serosa la cual cubre toda la superficie del apéndice y conformándose por el meso apendicular y es en el borde libre de esta donde va a transitar la arteria apendicular. La túnica muscular está conformada dos capas de fibras musculares, siendo estas dos: circulares y longitudinales. La túnica mucosa y submucosa son iguales a las que presenta el intestino grueso, que está conformado por el epitelio cilíndrico, el estroma reticulado, la muscular de la mucosa y las glándulas tubulares. La distinción de este último, es la presencia de un tejido linfático de muy desarrollado. En cuanto a los nervios que inervan al apéndice cecal, estos proceden, al igual que los del ciego y lo del plexo solar, a través del plexo mesenterio superior.^{21,24,29}

Al respecto de la fisiopatología del apéndice se menciona que la obstrucción de la luz apendicular se describe como la causa fundamental de apendicitis que se produce por el resultado del aumento de la secreción mucoide, por lo tanto, el incremento de la presión intraluminal, produciendo ello la distensión de la pared, que va a inhibir en primer lugar el drenaje venoso y luego el flujo arterial, motivo por el cual se va a producir una isquemia del órgano y proliferación bacteriana descontrolada. Por último, se va a dar la gangrena y perforación del apéndice, generando una complicación de este mismo. La obstrucción de la luz apendicular puede haberse generado por diversos factores entre ellos tenemos a fecalitos, también puede deberse a la introducción de un parásito en dicha región o menos frecuente por un cuerpo extraño.¹⁵ Los gérmenes más comunes hallados son *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Pepto-streptococcus* y *Pseudomona*.^{21,24}

La apendicitis aguda se clasifica según su evolución la cual se describe en la siguiente tabla:

Tabla 1. Diversos esquemas de clasificación de la AA y sus correlaciones entre sí.

2 estadios ¹¹	3 estadios ¹²	4 estadios ¹¹	4 estadios ¹¹
No complicada	Ia Edematosa	I Congestiva o catarral	Congestiva
	Ib Flegmonosa o abscedada	II Flegmonosa	Flegmonosa o Purulenta
Complicada	Ic Necrosada sin perforación	III Gangrenosa	Gangrenosa
	II Perforada con absceso localizado	IV Perforada	Perforada
	III Peritonitis generalizada		

Fuente: Estudio "Concordancia quirúrgico - patológica en el diagnóstico de la apendicitis aguda", Asunción, Paraguay, 2012.

En caso se llegue a un estadio III y IV del apéndice cecal puede empeorar el cuadro clínico llegando a producir las siguientes complicaciones²¹:

Peritonitis localizada: Es la presencia de colección purulenta periapendicular, sin comprometer al resto de la cavidad abdominal.

Peritonitis generalizada: Es la presencia de material además de colección purulenta en toda la cavidad abdominal.

Plastrón apendicular: Es cuando las asas intestinales y el epiplón cercanas rodean al apéndice cecal perforado con el fin de limitar la extensión del proceso infeccioso e inflamatorio y evitar la propagación de la contaminación en toda la cavidad abdominal.

En la actualidad, la apendicitis aguda se diagnóstica principalmente por clínica es decir que se basa en los signos y síntomas que presenta el paciente, por ello es básico una adecuada recolección de los datos que este nos pueda brindar en la anamnesis y la cronología de este cuadro clínico; siendo el dolor abdominal el principal elemento a estudiar y que caracteriza a esta patología.²¹. El dolor se sitúa con mayor frecuencia en el cuadrante inferior derecho de la región abdominal. Junto a este último, se van a presentar una variedad de síntomas que

van a caracterizar a esta patología y ser de ayuda para su diagnóstico, siendo estos:

Dolor migratorio: Dolor abdominal que inicia en el epigastrio y que luego de algunas horas va a migrar y situarse en la fosa ilíaca derecha.

Dolor focal: Dolor ubicado en la fosa ilíaca derecha que varía mucho su intensidad de acuerdo a cada paciente, más aún si estos son pacientes añosos.

Hiporexia o anorexia: Falta de apetito o pérdida del apetito total.

Náuseas o vómitos: Sensación de querer vomitar o en el caso de los vómitos regresar los contenidos gástricos hasta que salen por la boca de manera abrupta.

Diarrea: Evacuar por tres o más veces al día heces blandas o acuosas que pueden tener un muy mal olor.

Fiebre: Alza de la temperatura corporal por encima de los 38.3°C, que se da como respuesta del organismo ante un proceso inflamatorio o infeccioso.

El tratamiento de la apendicitis aguda es por excelencia quirúrgico, es decir mediante una operación quirúrgica realizada en la sala de operaciones, la decisión de realizarla depende únicamente de la valoración de del cuadro clínico del paciente, conjuntamente con los demás resultados obtenidos en los exámenes de laboratorio y los exámenes imagenológicos.²⁵ La mortalidad de la apendicetomía convencional es relativamente baja, pero esta cifra puede elevarse considerablemente cuando hay una perforación del apéndice cecal, y esto se da debido a las complicaciones infecciosas que este puede generar.²¹ El modo de operación que más se emplea es la cirugía abierta o tradicional, pero actualmente cada vez hay más centros de salud donde se está empleando la cirugía laparoscópica. Sin embargo, la cirugía abierta tiene aún sus indicaciones como en el caso de encontrar un apéndice abscedado o perforado.²⁵

La apendicitis aguda tiene varias complicaciones, siendo la más frecuente la infección del sitio operatorio o también conocida como infección de herida quirúrgica, es por ello, que para disminuir la incidencia de esta complicación se

debe realizar una adecuada asepsia y antisepsia, además de una rigurosa técnica quirúrgica y el uso de profilaxis antibiótica postquirúrgica.^{21,25}

Entre las otras complicaciones de la apendicitis aguda tenemos a la peritonitis aguda, el plastrón apendicular, la pileflebitis, el absceso intraabdominal residual y la obstrucción intestinal por bridas.^{21,25}

Es por ello que un diagnóstico precoz y adecuado de la apendicitis aguda permite una evolución favorable e intervención quirúrgica oportuna del cuadro, disminuyendo de esta manera considerablemente las probabilidades de morbimortalidad en el paciente.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Apendicetomía Negativa es un cuadro postoperatorio en el cual se encuentra un apéndice normal corroborado por el resultado del examen de anatomía-patológica, el cual previamente se planteó el diagnóstico de apendicitis aguda, debido a la sintomatología, examen físico y pruebas complementarias diagnósticas.²⁶

La tasa promedio de apendicetomías durante la vida del ser humano es del 12% en los varones y 25% en las mujeres. Actualmente, a pesar de la implementación y el uso de pruebas imagenológicas que ayudan al diagnóstico como son la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada con contraste (TAC), la frecuencia de diagnósticos erróneos, es decir de apendicetomías negativas aún se mantiene constante en los países en vías de desarrollo.⁸ Sin embargo, una intervención quirúrgica temprana reduce el riesgo de perforación y por lo tanto disminuye considerablemente la morbilidad y mortalidad, que se pudieron presentar en el paciente. Pero, al ser esta patología una emergencia catalogada como un abdomen agudo quirúrgico y como este lo menciona por ende de tratamiento exclusivamente quirúrgico se opta por realizar una apendicetomía ya sea convencional (abierta) o laparoscópica, debido a que la dilatación del tiempo

de enfermedad del cuadro. Además, la demora en la cirugía puede ocasionar la perforación del apéndice resultando en las complicaciones de esta patología, como es el caso de la peritonitis localizada o generalizada, entre otras.^{1,8}

En los pacientes con sospecha de una apendicitis aguda, en los cuales el cuadro clínico no es esta bien definido y los exámenes de laboratorio e imagenológicos no son concluyentes y son derivados a una apendicectomía es muy posible hallar, un apéndice sin hallazgos patológicos, es decir un apéndice normal, catalogándose como una apendicectomía negativa.¹⁸

Se sabe en base a la literatura internacional que una tasa aceptable de frecuencia de apendicectomía negativa (FAN) oscila entre 10 a 15%, así como la tasa de diagnósticos equívocos de apendicitis aguda es relevantemente mayor en mujeres que varones (22.2 % vs 9.3%).^{1,21,22} Además, la FAN aumenta considerablemente en mujeres que se encuentren en edad reproductiva siendo esta de 23.2%. Debido a que mientras más avanzada la edad en el género femenino se confunden más los signos y síntomas principales de esta patología, llegando hasta un 40% de FAN.^{1,21,22} Sin embargo, se ha observado que las cifras de la frecuencia de apendicectomía negativa han disminuido en los años más recientes por diferentes factores; el uso de la ecografía abdominal, protocolos de salud la tomografía axial computarizada con contraste, guías de práctica clínica, uso de la escala de Alvarado normal y modificada, y la adecuada interpretación de los exámenes de laboratorio complementarios^{1,21}. Siendo el caso que en los últimos estudios, se ha evidenciado que el uso de pruebas diagnósticas como la TAC con contraste puede llegar a disminuir la frecuencia de apendicetomía negativa del 24% hasta el 7,6 %.²²

2.4. HIPÓTESIS

El estudio por ser de naturaleza descriptiva no presenta hipótesis general.

2.5. VARIABLES

- **Género**
 - Masculino
 - Femenino
- **Edad**
 - Edad:15-24 años
 - Edad:25-59 años
 - Edad: ≥60 años
- **Estado civil**
 - Soltero
 - Casado
 - Viudo
 - Divorciado
 - Conviviente
- **Grado de instrucción**
 - Ninguno
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
- **Tiempo de enfermedad**
 - ≤ 1 día
 - > 1 día
- **Forma de evolución**
 - Brusco
 - Insidioso

- **Síntomas más frecuentes**
 - Fiebre
 - Hiporexia
 - Náuseas y/o vómitos
 - Dolor Abdominal
 - Migración del dolor
- **Signos más frecuentes**
 - Signo Mc Burney
 - Dolor en fosa iliaca derecha
 - Signo de Blumberg
- **Recuento de leucocitos**
 - <10.000 mm³
 - ≥10.000 mm³
- **Ecografía**
 - Apendicitis Aguda
 - Apéndice normal
 - Apéndice no visualizado
 - Sin ecografía
- **Tomografía axial computarizada**
 - Apendicitis Aguda
 - Apéndice normal
 - Apéndice no visualizado
 - Sin TAC de abdomen
- **Anatomiopatológica**
 - Apendicitis Aguda
 - Apéndice normal
 - Otras patologías

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Género:** Diferencia orgánica que diferencia a un género del otro, masculino del femenino, en los pacientes estudiados.
- **Edad:** Número de años que presenta cada paciente estudiado.
- **Tiempo de enfermedad:** Número de días y horas que han transcurrido previamente desde que el paciente comienza a sentir los primeros síntomas hasta su ingreso y evaluación en el servicio de emergencia u otro servicio.
- **Forma de inicio:** Forma mediante la cual inicia la presentación del cuadro clínico de la enfermedad de los pacientes sometidos a estudio. Pudiendo ser de manera intempestiva o brusca o de manera paulatina o insidiosa.
- **Signos:** Conjunto de manifestaciones objetivables consecuentes a la enfermedad de estudio, y que se evidencia por su medición en el paciente.
- **Síntomas:** Conjunto de manifestaciones subjetivas consecuentes a la enfermedad de estudio, que son percibidas por el paciente y descritas de igual manera por él.
- **Recuento de leucocitos:** Cantidad de leucocitos presentes en el análisis de hemograma completo. Un valor mayor de 10.000 mm^3 es evidenciable en estadios patológicos como la Apendicitis Aguda.
- **Ecografía:** Resultado de examen imagenológicos de ultrasonido que nos va a permitir evidenciar la presencia de un proceso apendicular planteado, como también descartar dicho diagnóstico, pero no en su totalidad.
- **Diagnóstico de anatomía-patológica:** Resultado de anatomía-patológica obtenido de la toma de muestra del apéndice durante el procedimiento quirúrgico.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Será conformada la población por pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico postoperatorio de apendicetomía negativa corroborado por el examen de anatomopatológica, previamente recibiendo atención en el servicio de emergencia del HNHU del 01 de enero al 31 de diciembre del 2018. Durante todo el año de estudio se realizaron 926 intervenciones quirúrgicas en pacientes con diagnóstico de preoperatorio de apendicitis aguda en el HNHU. El número de pacientes con resultado de anatomía patológica positiva para apendicitis aguda fue de 841 y el número de pacientes con diagnóstico postoperatorio de apendicetomía negativa fue un total de 93 pacientes, de los cuales 8 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión (no contar con resultado final de anatomía patológicas) motivo por el cual se trabajó en base a una muestra de 85 pacientes en el presente estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que cuenten con la historia clínica del servicio de emergencia del HNHU.
- Pacientes que se encuentren con una edad mayor y/o igual a 15 años. Pacientes con historia clínica de hospitalización del HNHU.
- Pacientes apendicectomizados en el HNHU del 01 de enero al 31 de diciembre del 2018.
- Pacientes con resultados de anatomía-patológica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes sin historia clínica del servicio de emergencia del HNHU.
- Pacientes que se encuentren con una edad menor y/o igual a 14 años.
- Pacientes sin historia clínica de hospitalización del HNHU.
- Pacientes sin resultados de anatomía-patológica.
- Pacientes atendidos en el periodo de estudio, pero apendicectomizados durante el 2019.

Población Objetivo: 93 pacientes con apendicectomía negativas.

Muestra

La población objetivo es pequeña y factible, recolectando sus datos en su totalidad motivo por el cual la muestra está conformada por 85 pacientes.

Muestreo: No probabilístico.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el análisis documental su finalidad es la de representar la información de un documento y convertirla en esquema en el cual no se encuentre error por lo tanto la técnica que se utilizó en este estudio fue la mencionada la cual consistió en la recuperación de la información retrospectivamente de las historias clínicas de archivo del HNHU. El instrumento utilizado para en esto fue una ficha de recolección de datos (anexo 02) la cual está conformada por 11 índices, los cuales están dirigidos a recopilar las características sociodemográficas, clínicas, exámenes auxiliares y exámenes imagenológicas de cada paciente.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información requerida será obtenida mediante la revisión de historias clínicas del servicio de archivo del HNHU, para lo cual previamente se solicitó el número de historia clínica, información necesaria al servicio de estadística del HNHU y de igual manera el permiso para la revisión de las historias clínicas al servicio de investigación y docencia del HNHU. Luego de ello se procedió a recolectar la información de interés en las fichas respetando los criterios de inclusión y exclusión previamente planteados. Por último, se procedió a recopilar el diagnóstico postquirúrgico del libro de reporte operatorio y el diagnóstico anatomopatológico del servicio de Anatomía patológica del hospital.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada fue registrada en hojas del programa Excel 2019, para luego exportarla al programa estadístico SPSS Statistics versión 25 para su procesamiento y análisis respectivo. Se realizó el análisis de información a partir de las historias clínicas de pacientes que fueron apendicectomizados en el HNHU del 01 de enero al 31 de diciembre del 2018, siendo anotada en la ficha de recolección de datos, por lo cual fue representada en tablas y gráficos según las variables. Además de la interpretación correspondiente.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Se tomó en cuenta las consideraciones expuestas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), que fue adoptada en la 18va asamblea médica mundial en junio del año 1964 y siendo corregida en su más reciente versión por la 64ta asamblea general en Brasil durante octubre del 2013^{27, 28}. Para este proyecto de investigación será evaluado por el Comité Institucional de Ética. Así mismo, se garantizará el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos recolectados a través de solo permitir el acceso a los investigadores involucrados a la información recolectada. No se hará firmar consentimiento informado a los padres o representantes legales de las pacientes adolescentes, debido a que la información a utilizar será extraída de lo disponible en la historia clínica del participante y no se tendrá contacto con el paciente ni con sus familiares o representantes legales.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

**TABLA N°01: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA - HNHU 2018.**

VARIABLE	N = 85*	%
Género		
Masculino	29	34.11%
Femenino	56	65.88%
Edad		
15 a 24 años	33	38.82%
25 a 59 años	47	55.29%
≥ 60 años	5	5.88%
Estado civil		
Soltero (a)	27	31.76%
Casado (a)	25	29.41%
Viudo (a)	1	1.17%
Divorciado (a)	3	3.52%
Conviviente	29	34.11%
Grado de instrucción		
Ninguno	2	2.35%
Primaria	18	21.17%
Secundaria	38	44.70%
Superior	27	31.70%

Fuente: Ficha de recolección de datos

*Número de pacientes con apendicectomía negativa

Interpretación: En el análisis descriptivo de la Tabla N°01 se calculó los porcentajes de las características sociodemográficas de la población de estudio, en la cual se observó que predominó el género femenino con un 65.88%, además de que el mayor porcentaje de los pacientes (55.29%) se encontraban entre 25 a 59 años, de igual manera hubo una mayor cantidad de convivientes (34.11%) y personas con nivel de instrucción secundario (44.7%) dentro de la muestra de estudio.

TABLA N°02: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA - HNHU 2018

VARIABLE	N = 85*	%
Forma de inicio		
Brusco	24	28.23%
Insidioso	61	71.76%
Tiempo de enfermedad		
≤ 1 día	48	56.47%
> 1 día	37	43.52%
Síntomas		
Fiebre	17	20%
Hiporexia	11	12.94%
Náuseas y/o vómitos	21	24.70%
Dolor abdominal	83	97.64%
Migración del dolor	24	28.23
Signos		
McBurney	18	21.17%
Dolor en Fosa iliaca derecha	33	38.82%
Blumberg	12	14.11%

Fuente: Ficha de recolección de datos

*Número de pacientes con apendicectomía negativa

Interpretación: En el análisis descriptivo de la Tabla N°02 se realizó las características clínicas de la patología en estudio, se pudo evidenciar que el mayor porcentaje de pacientes con apendicectomía negativa se encontraron en los grupos que tuvieron una forma de inicio de insidiosa (71.76%) y un tiempo de enfermedad ≤ 1 día (56.47%). Además se calculó el porcentaje de los síntomas y signos presentes en la muestra de estudio, en la cual se pudo observar que el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal que estuvo presente en el 97.64% del total de pacientes, mientras que con respecto al signo más frecuente el dolor en fosa iliaca derecha estuvo presente en el 38.82% de toda la muestra.

TABLA N°03: EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018.

VARIABLE	N = 85*	%
Recuento de leucocitos		
< 10.000 mm ³	46	54.11%
≥ 10.000 mm ³	39	45.88%
Ecografía abdomen		
Apendicitis aguda	23	27.05%
Apéndice normal	17	20.00%
Apéndice no visualizado	10	11.76%
Sin ecografía	35	41.17%
TAC abdomen		
Apendicitis aguda	5	5.88%
Apéndice normal	0	0%
Apéndice no visualizado	0	0%
Sin TAC de abdomen	80	94.11%

Fuente: Ficha de recolección de datos

*Número de pacientes con apendicectomía negativa

Interpretación: En el análisis descriptivo de la Tabla N°03 en lo que respecta a las pruebas imagenológicas realizadas para corroborar el diagnóstico planteado antes de someter al paciente al acto quirúrgico, se observó un recuento leucocitario normal (54.11%) así mismo, se pudo corregir de los hallazgos del estudio que de los 85 pacientes en estudio solo en 50 pacientes se realizó un examen ecográfico, de los cuales el mayor porcentaje de ellos (27.05%) tuvo como resultado una posible apendicitis aguda. De igual manera de total de pacientes en estudio, solo en 5 pacientes (5.88%) se realizó una TAC en la cual se sugiere como resultado una posible apendicitis aguda y a 80 pacientes no se le realizó dicha prueba.

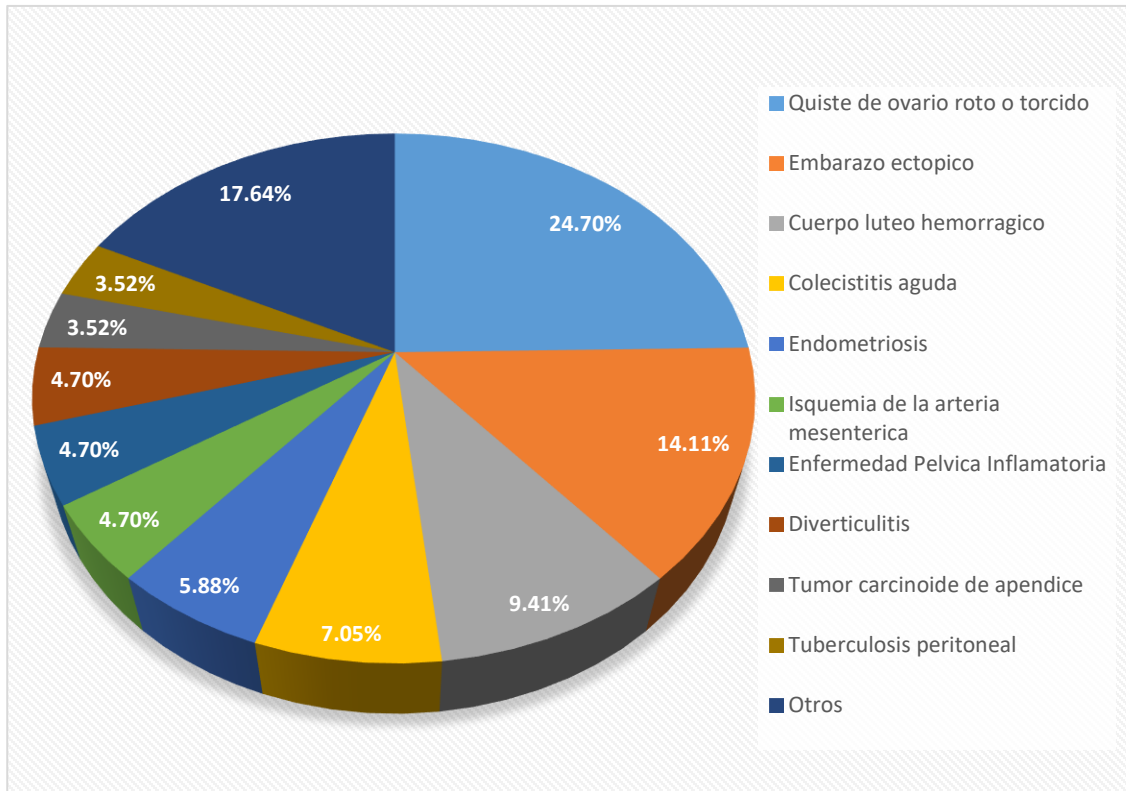
TABLA N°04: CAUSAS DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL UNANUE EN EL AÑO 2018

ETIOLOGÍA	N = 85*	%
Quiste de ovario	21	24.70%
Embarazo ectópico	12	14.11%
Cuerpo lúteo hemorrágico	8	9.41%
Colecistitis aguda	6	7.05%
Endometriosis	5	5.88%
Isquemia de la arteria mesentérica	4	4.70%
Enfermedad pélvica inflamatoria	4	4.70%
Diverticulitis	4	4.70%
Tumor carcinoide de apéndice	3	3.52%
Tuberculosis intestinal	3	3.52%
Otros	15	17.64%

Fuente: Ficha de recolección de datos

*Número de pacientes con apendicectomía negativa

GRÁFICO N°01: CAUSAS DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL UNANUE EN EL AÑO 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En el análisis descriptivo de la Tabla N°04 y el Gráfico N°01 de las causas de apendicetomía negativa se pudo evidenciar en los resultados obtenidos que la patología más frecuente fueron las ginecológicas, teniendo a la cabeza el quiste de ovario roto o torcido con un 24.7% del total de pacientes, seguido por el embarazo ectópico en un 14.11% y en tercer lugar el cuerpo lúteo hemorrágico presente en el 9.41% del total de la muestra en estudio.

TABLA N°05: TASA DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018.

	N*	%
Apendicitis aguda**	926	100%
Apendicectomía negativa	85	9.18%
TAN***	85/926	9.18%

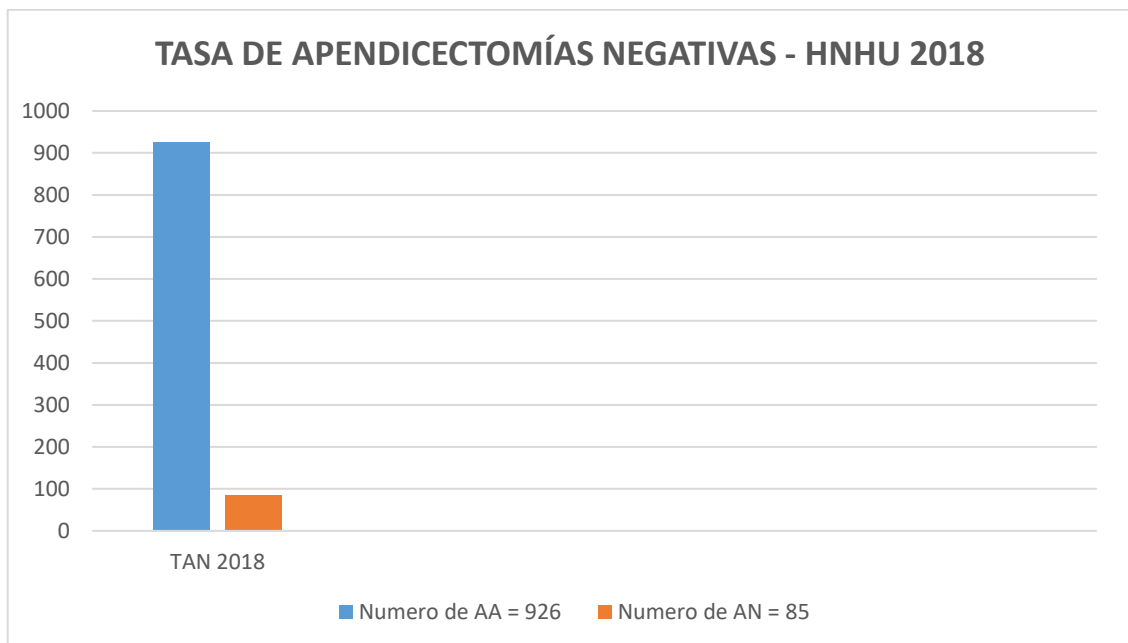
Fuente: Ficha de recolección de datos

*Número de pacientes

**Pacientes con diagnóstico de Apendicitis Aguda intervenidos quirúrgicamente

***Tasa de Apendicectomías Negativas

GRÁFICO N°02: TASA DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL UNANUE EN EL AÑO 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En el análisis descriptivo de la Tabla N°05 se evidencia que durante todo el año de estudio se realizaron 926 intervenciones quirúrgicas en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el HNHU, de los cuales el número de pacientes en el postoperatorio se diagnosticaron un total de 93 pacientes con apendicectomía negativas (AN), de los cuales 8 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión, motivo por el cual se trabajó en base a una muestra de 85 pacientes con diagnóstico postoperatorio de apendicectomía negativa que fueron corroborados por los resultados del examen anatomopatológico. Se calculó la Tasa de Apendicectomías Negativa la cual fue de 9.18% (85/926) para todo el año en el que se llevó a cabo el estudio.

TABLA N°06: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018.

VARIABLE		%
Género Femenino	56	65.88%
Edad 25 a 59 años	47	55.29%
Estado civil Conviviente	29	34.11%
Grado de instrucción Secundaria	38	44.70%
Forma de inicio Insidioso	61	71.76%
Tiempo de enfermedad ≤ 1 día	48	56.47%
Síntomas Dolor abdominal	83	97.64%
Signos Dolor en Fosa iliaca derecha	33	88.82%

Fuente: Ficha de recolección de datos

*Número de pacientes con apendicectomía negativa

Interpretación: Por último, en el análisis descriptivo de la Tabla N°06 de las características sociodemográficas se pudo evidenciar en los resultados obtenidos de los pacientes con AN que hubo un mayor porcentaje en el género femenino (65.88%), una edad comprendida entre los 25 y 59 años (55.29%), un estado civil de conviviente (34.11%) y un grado de educación secundario (44.70%); en cuanto a las características clínicas se pudo evidenciar en los resultados obtenidos de los pacientes con AN que hubo un mayor porcentaje de pacientes con forma de inicio insidiosa (71.76%), un tiempo de enfermedad mayor o igual a 1 día (56.47%), tener síntoma de dolor abdominal (97.64%) y tener signo de dolor en FID (38.82%).

4.2. DISCUSIÓN

En relación a las características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico de apendicectomía del Hospital Nacional Hipólito Unanue se pudo observar que hubo un predominio de mujeres con AN (65.88%), además de que el mayor porcentaje de los pacientes (55.29%) tenían edades comprendidas entre los 25 a 59 años, de igual manera hubo una mayor cantidad de personas convivientes (34.11%) y con un nivel de instrucción secundario (44.70%) dentro de la muestra de estudio de pacientes con apendicectomía negativa.

Según Ravelo (Perú 2017) se concluye datos similares, de acuerdo a la distribución de pacientes, el género femenino predominó en las apendicectomías negativas con el 86.7% de pacientes. Así mismo el promedio de edad encontrado oscila entre 30 a 59 años con un 45%⁸.

Según Idrovo y Vega et al (Ecuador 2017) se observaron que estos resultados no guardan relación con los resultados de este estudio, ya que se concluye que el 77.14% de la población de estudio presentó edades comprendidas entre los 8 a 22 años.¹⁶ Esto se pudo deber a que en este grupo etario comprende a parte

de la población pediátrica en la cual se conoce que la TAN también es bastante elevada.

Según Valle (Perú 2016) observo que los pacientes con apendicectomía negativa son mayormente solteros con el 51.6% y el género que predominó fue el femenino con el 67.7%.²⁰

En base a estos resultados, se guarda relación con varios estudios previos en lo que respecta a una mayor presencia del género femenino en los pacientes con diagnóstico de AN, esto debido a las múltiples patologías ginecológicas que simulan al cuadro clínico de la apendicitis aguda. De igual manera se observó similitud en los resultados hallados con respecto a la edad la cual presentó un mayor porcentaje en diversos estudios en la adultez.^{7,8,19,20}

En relación al análisis descriptivo características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue se pudo evidenciar que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de AN se encontraron dentro del grupo de pacientes que tuvieron una forma de inicio insidiosa de la enfermedad (71.76%), un tiempo de enfermedad menor o igual a un día (56.47%) Además se calculó el porcentaje de los síntomas y signos presentes en la muestra de estudio, en la cual se pudo observar que el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal que estuvo presente en el 97.64% del total de pacientes, mientras que con respecto al signo más frecuente el dolor en fosa iliaca derecha estuvo presente en el 38.82% de toda la muestra.

Según Priale (Perú 2014) se encontraron resultados distintos con respecto al inicio de la enfermedad describiendo un promedio de 29.5 a 30 horas. Además, se concluye en cuanto los síntomas y signos que se presentaron con más frecuencia fue el signo de Mc Burney con el 91.2% seguido por el dolor en fosa iliaca derecha con el 83.8% e Hiporexia con el 75.5%.⁷

Según Valle (Perú 2016) determinó que el dolor en fosa iliaca derecha se presentó en el 67.7% de los pacientes con apendicectomía negativa lo cual era esperado debido a que esta localización es sugestiva de apendicitis aguda por la posición anatómica del apéndice.²⁰

En relación a los exámenes complementarios de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del hospital nacional Hipólito Unanue realizadas para corroborar el diagnóstico planteado antes de someter al paciente al acto quirúrgico, se pudo colegir de los hallazgos del estudio que de los 85 pacientes en estudio solo en 50 pacientes se realizó un examen ecográfico, de los cuales el mayor porcentaje de ellos (27.05%) tuvo como resultado una posible apendicitis aguda y el 41% no se le realizó. De igual manera de total de pacientes en estudio, solo en 5 pacientes (5.88%) se realizó una TAC en la cual se sugiere como resultado una posible apendicitis aguda y el otro 94.11% no se le sometió a TAC abdominal.

Según Priale (Perú 2014) concluyo que los leucocitos dentro del rango normal es un factor relevante al momento de diagnosticar y para tener en cuenta para la prevenir apendicectomías negativas.⁷

Según López (México 2011) determinó que el ultrasonido y TAC se utiliza en casos donde la clínica de apendicitis aguda no es típica. Además, se observó que en el 20% de los casos se realizó primero la ecografía resultando un diagnóstico no certero por lo cual fue necesario el uso adicional de TAC para hallar una conclusión diagnóstica.¹⁵

De acuerdo a los resultados obtenidos, el uso de exámenes complementarios como la ultrasonografía y la tomografía computarizada ha ido disminuyendo para intervenciones quirúrgicas innecesarias en la última década. Además, las tasas de apendicectomía negativa se redujeron de manera significativa al igual que las complicaciones postoperatorias.

En cuanto a las causas de apendicectomía negativa en pacientes del Hospital Nacional Unanue se describe que las causas de apendicetomía negativa fueron las patologías ginecológicas, teniendo a la cabeza el quiste de ovario roto o torcido con un 24.7%, seguido por el embarazo ectópico en un 14.11% y en tercer lugar el cuerpo lúteo hemorrágico presente en el 9.41% del total de estudio.

Según Priale (Perú 2014) señala que las patologías que causan con más frecuencia apéndice negativa son de causa ginecológica (53.6%) ocupando el primer lugar el quiste de ovario hemorrágico y luego por la enfermedad diverticular complicada (14.3%).⁷

En base a estos resultados, el error al momento del diagnóstico se presenta en las mujeres que se encuentran en edad reproductiva y frecuentemente se confunden con apendicitis aguda por su clínica diversa.

En relación a la tasa de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue se calculó la TAN la cual fue de 9.18%, considerando que nuestro estudio se llevó a cabo en un Hospital del estado de la ciudad de Lima vemos que este resultado fue mayor que lo reportado por un estudio llevado realizado en un hospital privado de la ciudad de Lima en los años 2012 y 2013, el cual obtuvo una TAN de 7.7%.⁷ Sin embargo nuestro resultado resulto ser mucho menor al obtenido por otro estudio realizado en un Hospital Nacional de II-2 categoría del Callao en los meses de agosto a noviembre del 2015 en el cual se calculó una TAN de 21.37%.²⁰ Además, al comparar el valor de la TAN calculada en nuestro estudio realizado en un hospital nacional de Lima con la TAN obtenida en 2 estudios realizados en países de la región como Ecuador y México, en los cuales se obtuvo valores de 14.23% y 12.9%, respectivamente.^{16,30} De lo cual podemos inferir que el valor calculado en nuestro estudio se encuentra dentro de los rangos permitidos tanto a nivel nacional como internacional para una adecuada TAN.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En base a las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 se concluye que las características con mayor porcentaje fueron el pertenecer al género femenino, el ser adulto, ser conviviente y tener grado de instrucción secundario.

En cuanto a las características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2018 se concluyó que la población de estudio presento con mayor frecuencia una forma de inicio de la enfermedad de manera insidiosa, tener un tiempo de enfermedad ≥ 1 día, el síntoma que más se presento fue el dolor abdominal y el signo más frecuente fue el dolor en fosa iliaca derecha.

Con respecto a los exámenes complementarios de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 se pudo concluir que tener un recuento leucocitario normal, tener una ecografía positiva para apendicitis aguda y el tener una TAC positiva para apendicitis aguda, se encontraron en mayor porcentaje en la población estudiada.

En base a las causas de apendicectomía negativa en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 se pudo concluir que la patología que genero un sesgo diagnóstico para la apendicitis aguda fueron las ginecológicas, teniendo como primera causa el quiste de ovario roto o torcido, seguido en segundo lugar por el embarazo ectópico y en tercer lugar el cuerpo lúteo hemorrágico.

En base a la tasa de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 se pudo concluir que la TAN en la población de estudio fue de 9.18% durante el 2018.

5.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda que, en caso de sospecha de un posible diagnóstico de Apendicitis Aguda en una paciente de género femenino en edad reproductiva, la exploración física y la anamnesis realizada debe de ser exhaustiva, esto debe hacerse el uso de escalas actualizadas para el diagnóstico más preciso de estas patologías como es la escala de Alvarado modificada y si fuese necesario también el uso de herramientas diagnosticas imagenológicas como la ecografía e incluso la TAC abdominal si fuese necesario.

Se recomienda que en cuanto a las características clínicas de los pacientes con apendicectomía negativa esta no es muy distinta a la de los pacientes con Apendicitis Aguda, por lo tanto, se deben de realizarse uso de escalas diagnósticas y otras herramientas más adecuadas para corroborar dicho diagnóstico, ya que en base solamente a la clínica es muy difícil aseverar un diagnóstico tan controversial como este.

Se recomienda que en caso de sospecha de una apendicectomía negativa debe de realizarse el uso de exámenes complementarios tanto serológicos como es el caso del recuento leucocitario e imagenológicos como son la ecografía abdominal y la TAC abdominal; de esta manera nos determinarán un diagnóstico más adecuado y disminuirán considerablemente el uso de la TAN en nuestro país.

Se recomienda que en base a los resultados obtenidos sobre las 3 principales causas de apendicectomía negativa y al evidenciar que estas son de naturaleza ginecológica, debido a que el pertenecer al género femenino es un factor de riesgo considerable para esta patología, debemos de realizar una exploración

física y anamnesis más rigurosos a la paciente mujer, de igual manera descartar cualquier tipo de patología ginecológica que pueda estar generando un diagnóstico diferencial de la Apendicitis Aguda, esto mediante una buena evaluación por el especialista de Ginecología y si fuese necesario no negar la opción del uso de herramientas diagnosticas más precisas como son la ecografía abdominal y sobre todo la TAC abdominal.

Se recomienda que si bien la TAN en el presente estudio muestra un valor dentro del rango permitido, hay estudios en realidades similares con valores menores de esta medida y esto se debe a la implementación dentro de sus protocolos de diagnóstico y manejo de la Apendicitis Aguda el uso de escalas diagnosticas actuales como es el caso de la Escala de Alvarado Modificada, así como también es uso de exámenes complementarios ya sean serológicos como imagenológicos, todos estos utilizados de manera rutinaria en todos los pacientes con clínica de un abdomen agudo quirúrgico con sospecha de una Apendicitis Aguda, solo de esta manera e implementado esta medida en el grueso de hospitales de la región y a nivel nacional la TAN seguirá en descenso en años posteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shin CS, Roh YN, Kim JI. Delayed appendectomy versus early appendectomy in the treatment of acute appendicitis: a retrospective study. *World J Emerg Surg.* 2014 21;9(1):8.2.
2. Jarry J, Shekher M, Imperato M, Michel P. Appendicitis: When there is more than meets the eye. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2011;35(11):765-7.3.
3. Collson M, Skinner K, Dunnington G. High negative appendectomy rates are no longer acceptable. *Am J Surg.* 1997; 174:723-7.4.
4. Stehr W. *Manual Mont Reid de cirugía de.6ta ed.* Barcelona; Editorial Elsevier; 2010.5.
5. De Barrenechea. G. *Apendicitis aguda en el policlínico Angamos.* [Tesis de bachiller]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.
6. Sánchez, L. *Valor diagnóstico del Score de Alvarado en apendicitis aguda en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao.* [Tesis]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
7. Prialé-Prialé G, Mayta-Tristán P. Factores asociados a apendicectomías negativas en una clínica privada de Lima Perú. *Arch Med [Internet].* 2015; 1:8:1–6. Available from: <http://hdl.handle.net/10757/550729>.
8. Ravelo L. *Apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016* [Tesis]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2017.

9. Jones K, Peña AA, Dunn EL, Nadalo L, Mangram AJ. Are negative appendectomies still acceptable? *Am J Surg*; 2004; 188:748–7546.
10. Raja AS, Wright C, Sodickson AD, Zane RD, Schiff GD, Hanson R, Baeyens PF, Khorasani R. Negative appendectomy rate in the era of CT: an 18-year perspective. *Radiology*. 2010;256(2):460-5.
11. Reymond MA, Merlini M, Tschantz P, Groebli Y. How to reduce the number of negative appendectomies? A prospective two-center study of 120 patients. *Helv Chir Acta*. 1994;60(4):647-5110.
12. Limpawattanasiri C. Alvarado score for the acute appendicitis in a provincial hospital. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(4):441-9.11.
13. Christian F. A simple scoring system to reduce the negative appendectomy rate. *Ann R Coll Surg Engl*. 1992;74(4):281-5.
14. Morse BC, Roettger RH, Kalbaugh CA, Blackhurst DW, Hines WB Jr. Abdominal CT scanning in reproductive-age women with right lower quadrant abdominal pain: does its use reduce negative appendectomy rates and healthcare costs? *Am Surg* 2007; 73: 580-584.
15. López Monclova Julio César, Martínez Contreras Arturo, Zamarrón Ruvalcaba Anabel, Rodríguez Gómez Karime. Apendicectomías negativas y su relación con los estudios de imagen. *Cir. Gen.* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2019 Ene 20]; 33(4): 222-226. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000400003&lng=es.

16. Idrovo A; Vega V. Apendicectomía negativa en pacientes apendicectomizados en el Hospital Vozandes Quito de enero del 2010 a enero del 2017: Estudio exploratorio [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
17. López Abreu Yolaisy, Fernández Gómez Andrés, Hernández Paneque Yalisa, Pérez Suárez Manuel de Jesús. Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Ene 21]; 15(2): 213-224. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200009&lng=es.
18. Creedon S, Hegarty A, Baban C, Rutherford E, Healy V, Power C, Hill AD. Negative appendectomy rates in Beaumont Hospital. Mesentery Peritoneum 2018;2:AB165.
19. Lee M, Paavana T, Mazari F, Wilson TR. The morbidity of negative appendectomy. Ann R Coll Surg Engl. 2014 Oct; 96(7):517-20.
20. Valle R. Factores asociados a Apendicectomía Negativa en pacientes atendidos en el Hospital San José del Callao, Agosto – Noviembre 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
21. Cabrejos Pita José Gabriel, Novoa Espejo Aldo Rafael, Iyo Solar Luis Fernando, Román Robles Neill. Factores causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirúrgico de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital de Apoyo de Chachapoyas entre 1995 y 2000. Rev Med Hered [Internet]. 2001 Ene [citado 2019 Ene 21]; 12(1): 3-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000100002&lng=es.

22. Stehr, W. Manual Mont Reid de cirugía de. 6ta ed. Barcelon; Editorial Elsevier; 2010.
23. Cintra S, Cintra A, Cintra S, De la Cruz K, Revé J. Apendicitis aguda: aspectos esenciales. Rev Inf Cient. 2015; 94(6):1393-1405.
24. Fallas J. Apendicitis aguda. Med. leg. Costa Rica vol.29 n.1 Heredia Mar. 2012
25. FelmerO, Castillo E, Kuschel C, Cárcamo C. Apendicectomía en blanco. Análisis de 106 casos. Cuad. Cir. 2006; 20: 11-15.
26. World Medical Association [Internet]. Fortaleza: World Medical Association; c2013 [citado 2017 Oct 29]. WMA Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
27. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013; 310(20): 2191-2194.
28. Aguda, A., & General, C. (2010). Drs. Pedro Wong Pujada, Pedro Morón Antonio, Carlos Espino Vega, Jaime Arévalo Torres, Raúl Villaseca Carrasco.
29. Huacuja-Blanco RR, Ruiz-Campos M, Lemus-Ramírez RI, Villegas-Tovar E, González-Chávez MA, Díaz-Girón-Gidi A, Carmona-González CA, Correa-Rovelo JM. Factores predictores para apéndice blanca y apendicitis aguda en pacientes sometidos a apendicectomía. Experiencia de dos años en una institución privada. Médica Sur. 2015 Feb 15;22(1):11-8.

30. Manzano Moscoso DM. Factores de riesgo y prevalencia de la apendicectomía blanca en niños y adolescentes en el hospital pediátrico Baca Ortiz, en Quito-Ecuador entre enero del 2010 a diciembre del 2015 (Master's thesis, QUITO/UIDE/2017).
31. Cacciavillani G, Perussia D, Cervetti M, Olivato CR, García D. Correlación de Ecografía y Anatomía Patológica en Apendicitis Aguda. Rev Argent Coloproct. 2015;26(2):40-4.

ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Dayana Fuentes Rivera Alvarado

ASESOR: Dr. Roy Angulo Reyes

LOCAL: Chorrillos

TEMA: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018

VARIABLE INDEPENDIENTE: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

INDICADORES	N° ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Género	Masculino Femenino	Nominal	Ficha de recolección de datos
Edad	15-24 años 25-59 años ≥60 años	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Nominal	Ficha de recolección de datos

Grado de instrucción	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Forma de evolución	Brusco Insidioso	Nominal	Ficha de recolección de datos
Tiempo de enfermedad	≤ 1 día > 1 día	Intervalo	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE :ASPECTOS CLÍNICOS			
INDICADORES	N° ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Hiporexia • Náuseas y/o vómitos • Dolor Abdominal • Migración del dolor 	Si/No Si/No Si/No Si/No Si/No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Signos más frecuentes	Mc Burney Dolor en FID Blumberg	Nominal	Ficha de recolección de datos
Recuento de leucocitos	$< 10.000 \text{ mm}^3$ $\geq 10.000 \text{ mm}^3$	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Ecografía	Apendicitis aguda Apéndice normal Apéndice no visualizado Sin ecografía	Nominal	Ficha de recolección de datos
Diagnóstico anatómopatológica	Apendicitis Aguda Apéndice Normal Apéndice no visualizado Sin TAC abdomen	Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO



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

Título: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018

Autor: Dayana Fuentes Rivera Alvarado

Fecha: 15 de febrero del 2019

Ficha de Recolección de Datos N° FICHA: N° H.C:

1) **Edad:**

- 15-24 años 25-59 años
 ≥60 años

2) **Género:**

- Masculino Femenino

3) **Estado Civil:**

- Soltero Divorciado
 Conviviente Casado
 Viudo

4) **Grado de Instrucción:**

- Ninguno Primaria
- Secundaria Superior

5) **Tiempo de Enfermedad:**

- ≤ 1 día > 1 día

6) **Forma de Inicio de Enfermedad:**

- Brusco Insidioso

7) **Signos y Síntomas:**

- Fiebre Si No
- Hiporexia Si No
- Náuseas y Vómitos Si No
- Dolor abdominal Si No
- Migración del Dolor Si No
- Signo de McBurney Si No
- Dolor en fosa iliaca derecha Si No
- Signo de Blumberg Si No

8) **Recuento de Leucocitos:**

- < 10.000 mm³ ≥ 10.000 mm³

9) **Ecografía:**

- Apendicitis Aguda
- Apéndice Normal
- Apéndice no visualizado
- Sin ecografía

10) **Resultados de Tomografía:**

- Apendicitis Aguda
- Apéndice Normal
- Apéndice no visualizado
- Sin TAC de abdomen

11) **Diagnóstico de Anatómipatológica:**

- Apendicitis Aguda
- Apéndice normal
- Otras patologías

ANEXO N° 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento:
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Fuentes
Rivera Alvarado Dayana

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 características clínico epidemiológicas de los pacientes de la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis.					/
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					/
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					/
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características clínico epidemiológicas de los pacientes de la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis.					/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					/
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo.					/


III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *A. Escobar* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90 %

Lugar y Fecha: Lima, 27 febrero del 2018


MINISTERIO DE SALUD
 IGSS / DRS / SJM - VMT - TL.
 Firma del Experto
D. Dr. Néstor Antonio Angulo Reyes
 Teléfono C.M.P. 32882

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *HNHU*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento:
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Fuentes
Rivera Alvarado Dayana

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 características clínico epidemiológicas de los pacientes de la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis.					✓
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características clínico epidemiológicas de los pacientes de la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis.					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo.					✓

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

94%

Lugar y Fecha: Lima, 27 febrero del 2018

Firma del Experto 
 D.N.I N°.....
 DR. OSCAR MEDINA ALCANTARA
 Médico General
 Teléfono
 C.M.P. 15433 N.E. 22034
 Hospital Nacional Hipólito Unzué

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Bazán Rodríguez ERS*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Aplicador UPSTB*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento: Fuentes Rivera Alvarado Dayana

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 características clínico epidemiológicas de los pacientes de la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis.					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer características clínico epidemiológicas de los pacientes de la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis.					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.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 27 febrero del 2018

Elsi Bazán Rodríguez
 COESPEN° 444

Firma del Experto

D.N.I Nº *7209983*

Teléfono *977 714879*

ANEXO N°04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Dayana Fuentes Rivera Alvarado

ASESOR: Dr. Roy Angulo Reyes

LOCAL: Chorrillos

TEMA: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICECTOMÍA NEGATIVA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018

52

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p align="center">GENERAL</p> <p>PG: ¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos y clínicos de pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?</p>	<p align="center">GENERAL</p> <p>OG: Describir los aspectos sociodemográficos y clínicos de pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.</p>	<p>El presente trabajo de investigación no presenta hipótesis general por ser de tipo descriptiva.</p>	<p>Aspectos sociodemográficos y clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Género <ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino • Edad <ul style="list-style-type: none"> - Edad:15-24 años - Edad:25-59 años - Edad: ≥60 años

ESPECIFICOS	ESPECIFICOS	
<p>P1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?</p>	<p>OE1: Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil <ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Casado - Viudo - Divorciado - Conviviente • Grado de instrucción <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Primaria - Secundaria - Superior • Tiempo de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> - ≤ 1 día - > 1 día • Forma de evolución <ul style="list-style-type: none"> - Brusco - Insidioso • Síntomas más frecuentes <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Hiporexia - Náuseas y/o vómitos - Dolor Abdominal - Migración del dolor • Signos más frecuentes <ul style="list-style-type: none"> - Signo Mc Burney
<p>P2: ¿Cuáles son las características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2018?</p>	<p>OE2: Describir las características clínicas que presentaron los pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2018.</p>	
<p>P3: ¿Cuáles son los exámenes complementarios de los</p>	<p>OE3: Describir los exámenes complementarios de los</p>	

<p>pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?</p> <p>P4: ¿Cuáles son las causas de apendicectomía negativa en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?</p> <p>P5: ¿Cuál es la tasa de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?</p>	<p>pacientes con diagnóstico de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.</p> <p>OE4: Identificar las causas de apendicectomía negativa en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.</p> <p>OE5: Calcular la tasa de apendicectomía negativa del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en fosa iliaca derecha - Signo de Blumberg • Recuento de leucocitos - <10.000 mm³ - ≥10.000 mm³ • Ecografía - Apendicitis Aguda - Apéndice normal - Apéndice no visualizado - Sin ecografía • Tomografía axial computarizada - Apendicitis Aguda - Apéndice normal - Apéndice no visualizado - Sin TAC de abdomen • Anatomiopatológica - Apendicitis Aguda - Apéndice normal - Otras patologías
--	--	--	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Tipo: Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.</p>	<p>Población: Será conformada la población por pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico postoperatorio de apendicetomía negativa corroborado por el examen de anatomopatológica, previamente recibiendo atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue del 01 de enero al 31 de diciembre del 2018.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que cuenten con la historia clínica del servicio de emergencia del HNHU. • Pacientes que se encuentren con una edad mayor y/o igual a 15 años. • Pacientes con historia clínica de hospitalización del HNHU. • Pacientes apendicetomizados en el HNHU del 01 de enero al 31 de diciembre del 2018. 	<p>Análisis Documental: La técnica que se empleará será la revisión de historias clínicas y reporte operatorio.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con resultados de anatomía-patológica. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes sin historia clínica del servicio de emergencia del HNHU.• Pacientes que se encuentren con una edad menor y/o igual a 14 años.• Pacientes sin historia clínica de hospitalización del HNHU.• Pacientes sin resultados de anatomía-patológica.• Pacientes atendidos en el periodo de estudio, pero apendicectomizados durante el 2019. <p>Población Objetivo: 93 pacientes con apendicectomía negativas de los cuales 8 fueron excluidos por no cumplir con los criterios.</p> <p>Muestra: La población objetivo es pequeña y factible, recolectando sus datos en su totalidad motivo por el cual la muestra está conformada por 85 pacientes.</p> <p>Muestreo: No probabilístico.</p>	
--	---	--

ANEXO N° 05: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 294-2019

Vista la Solicitud N°01-00276040 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:

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y CLINICOS DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE APENDICECTOMIA NEGATIVA DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS294**

Investigador(a) Principal: FUENTES RIVERA ALVARADO DAYANA

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, 15 de marzo 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, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402