

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DIRECCION DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA BAJO LA
MODALIDAD DE RESIDENTADO MEDICO**



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**INCIDENCIA, SIGNOS Y SINTOMAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN LA
POBLACION PEDIATRICA DEL HOSPITAL REZOLA 2015-2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTADO POR:

DIANA DEYSI PEREZ CHIPANA

LIMA PERÚ

2019

Indice

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	3
FORMULACION DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	4
1.2.1 Objetivo General	4
1.2.2 Objetivos Especificos:.....	4
1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	4
1.4 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO.....	5
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.....	5
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	6
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:	6
2.2 BASES TEORICAS	8
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES.	14
3.1 HIPOTESIS GENERAL:	14
3.2 HIPOTESIS DERIVADAS:.....	14
3.3 VARIABLES.....	14
CAPITULO IV METODOLOGIA.	14
4.1 TIPO DE INVESTIGACION.	14
4.2 METODO DE INVESTIGACION.....	15
4.3 POBLACION Y MUESTRA.....	15
4.4 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.	15
4.5 TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS.....	15
4.6 ANALISIS DE RESULTADOS.	16
CAPITULO V ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	16
5.1 RECURSOS HUMANOS.....	16
5.2 RECURSOS MATERIALES.	16
5.3 PRESUPUESTO.	17
5.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	17
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXO 02:.....	23

Capítulo I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La patología quirúrgica de urgencia más frecuente en niños es la AA.

En países desarrollados como USA se reportan 250.000 casos de patología apendicular por año. Generalmente esta patología es más frecuente en etapa escolar y adolescente y la frecuencia de presentación es variante en la edad, tiempo evolutivo, sexo y género.

La apendicitis aguda está considerada como la tercera causa de dolor abdominal de los niños admitidos a los hospitales con abdomen agudo quirúrgico. Presentándose en 4 niños de cada 1000 por año aumentándose así en edad escolar la frecuencia de presentación de la apendicitis entre las edades de 9 y 12 años. Reportándose así que en un porcentaje de 35-45% ya están perforados en el momento de la consulta incrementándose así la tasa de presentación en un 70 % en niños con una edad menor de 4 años así también en un 90% a 100% en menores lactantes.

Siendo considerada esta patología una de las primeras causas de abdomen agudo quirúrgico en la población pediátrica, no es detectado en el tiempo oportuno generando así más complicaciones que podrían ser mortales como la septicemia. También ocasiona mayores gastos económicos tanto dentro del vínculo familiar como del Hospital Rezola, ya que ocasiona mayor tiempo de estancia hospitalaria mayor gasto de insumos, problemas que se podrían evitar si los casos de apendicitis se detectaran en etapas iniciales. El presente trabajo tiene como objetivo principal evitar todos esos problemas.

FORMULACION DEL PROBLEMA:

Cuales es la frecuencia y presentación clínica de la AA, en la población pediátrica atendida en el Hospital Rezola 2015-2017?

OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General:

Establecer la incidencia y la presentación clínica de la apendicitis aguda, en la etapa pediátrica del "H. Rezola" en el año 2015-2017.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Establecer los signos principales de la apendicitis aguda, en la etapa pediátrica, en el "Hospital Rezola" 2015-2017.
- Establecer los síntomas predominantes de la apendicitis aguda, en la etapa pediátrica en el "Hospital Rezola" 2015-2017.
- Establecer la edad de presentación con mayor frecuencia de la apendicitis aguda en la etapa pediátrica en el "Hospital Rezola" 2015-Agosto 2017.
- Establecer el género de mayor presentación en frecuencia de apendicitis aguda en la etapa pediátrica en el "Hospital Rezola" 2015-2017.

1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Dentro de las patologías quirúrgicas más frecuentes en el Hospital Rezola, está la apendicitis aguda, el presente trabajo está diseñado y orientado en diagnosticar y tratar oportunamente los casos de apendicitis en etapas iniciales así también evitar las posteriores complicaciones que conllevan a muertes, gastos económicos al vínculo familiar y al Hospital Rezola.

Mejorar la capacidad clínica y epidemiológica al momento de la evaluación inicial en los pacientes que acuden al hospital Rezola, así como el diagnóstico oportuno de la fase inicial del cuadro apendicular, con el posterior tratamiento médico con antibioticoterapia y finalizar con el tratamiento quirúrgico, conllevaría a una recuperación ideal y satisfactoria para los pacientes, así también evitar las complicaciones post operatorias, ya que teniendo un diagnóstico adecuado del mismo se podrían disminuir la tasa de mortalidad por apendicitis, se debe considerar la importancia de establecer a la brevedad posible.

Las apendicitis agudas deben de ser diagnosticadas en tiempo oportuno y ser operadas dentro de las 24 horas, sin embargo existen causas que hacen que esto no suceda una de ellos es la incredibilidad y el desinterés de parte del paciente considerando que sus síntomas no son relevantes como para requerir el apoyo de un médico o que el medico asistente en el momento de la consulta tenga la duda de que no son síntomas típicos de apendicitis.

-

1.4 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO.

El presente trabajo se realizara en el hospital rezola de cañete, para obtener datos se realizara una revisión de las historias clínicas en la etapa pediátrica operada por apendicitis aguda intervenidos quirúrgicamente.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.

- Dificil accesibilidad para obtener datos de las historias clínicas.
- Información incompleta al revisar las Historias clínicas.
- No contar con protocolos de atención para Apendicitis Aguda en pacientes pediátricos.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

Mauricio franco J en su investigación publicada en el 2012 "**epidemiología quirúrgica de la apendicitis aguda en población pediátrica del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo 2007 -2011**" -Lima, se obtuvo el siguiente resultado: siendo más frecuente en el sexo masculino. Con la característica clínica predominante el signo MC Burney y dolor migratorio. Y con exámenes complementarios de leucocitosis con desviación izquierda. Con una frecuencia de presentación en el tiempo de evolución, de 0 a 23 horas. La apendicetomía convencional fue la técnica quirúrgica más frecuente. Cuyo hallazgo operatorio más frecuente fue el estadio perforado ⁴⁵

María Dina Sánchez Quispe en su investigación publicada en el año 1989 "**Apendicitis Aguda en Niños – instituto de Salud del Nino (Enero – Diciembre 1985)**". Concluyen que el problema quirúrgico en edades pediátricas es más frecuente. La apendicitis, siendo más frecuente a partir de los 2 años, entre las edades 7 y 14 alcanzan su incidencia. Se observa que el sexo masculino es más frecuente que el sexo femenino con una relación de 2/1. Dentro de las características clínicas predominantes encontraron el dolor abdominal. El resultado anatomopatológico fue el siguiente: apendicitis flemonosa es 63.44%, apendicitis perforada de 17.79%.s

Lucila Margot Menacho Lopez en su investigación publicada en el año 1996 "**AA en la etapa Preescolar en el INSNS (1994 – 1995) - LIMA**". Se concluye que la incidencia es significativa en la etapa preescolar siendo predominante en los 4 y 5 años de edad y en el sexo masculino, con cuadro clínico predominante de dolor abdominal, fiebre y vómitos, mc burney positivo, el resultado anatomopatológicos fue el estadio perforada como consecuencia del diagnóstico tardío.⁹

González López S, Col en su investigación publicada en el año 2013 "**Apendicitis Aguda En El Lactante**" - Cuba, ingresa al hospital pediátrico un lactante de 9 meses presentando diarreas y fiebre, después de ser evaluado con varios exámenes fue intervenido quirúrgicamente encontrándose dentro de las hallazgos operatorios peritonitis par apendicitis necrosada, el estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico .²¹

Jose Raúl Valenzuela Cáceres en su investigación publicada en el año 2016 "**características clínicas y epidemiológicas de los: pacientes pediátricos con complicaciones post apendicetomía**" se concluye que frecuencia de presentación es mayor en el sexo masculino con una edad en promedio de 6 a 10 años.

Garcés Martínez, A. en su investigación publicada en el año 2014 "**detección de los factores de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en población pediátrica**"-Colombia. Se concluye que la edad menor de 6 años es un factor de riesgo así como el tiempo de evolución acompañado de la presencia de los siguientes signos y síntomas vómitos, fiebre y diarrea para desarrollar perforación apendicular.

1. **Barrios Pérez, G.** en su investigación publicada en el año 2015 "**apendicitis aguda en niños menores de doce años correlación clínica patológica**"- Guatemala, concluyen que la apendicitis es más frecuente el estadio edematoso con un 38% y el estadio supurativa con un 31%, y en menor frecuencia en estadio necrosada con un 16% y 14% el estadio perforado. El resultado anatomopatológico tiene un porcentaje de correlación clínica patológica del diagnóstico de ingreso a sala de operaciones en un porcentaje de 98%.
2. **Padron Arredondo G.** en su investigación publicada en el año 2014 "**apendicitis aguda y apendicetomía en un hospital general**"- México. Concluyen que en relación a la frecuencia de presentación no hubo diferencias significativas, con edad promedio de 5 hasta 14 años en un 75%, así también hubo falla diagnóstica en menores de 5 años donde se concluye que el diagnóstico es más difícil en edad pediátrica.

2.2 BASES TEORICAS

La patología quirúrgica más frecuente en la edad pediátrica es la apendicitis aguda y debido a la superposición de los síntomas y signos, en comparación con otras patologías es un desafío diagnóstico en menores de 4 años .produciéndose un aumento de la morbimortalidad. ⁵

En el antiguo Egipto se encontraron casos de apendicitis en momias .La apendicitis fue descubierta como entidad anatómica en Europa occidental.

James Parkinson en el año 1755-1824 crea en niños la fisiopatología del apéndice, en el año de 1735 Claudio amayand realiza la primera remoción apendicular en un niño de 11 años el cual fue un éxito. ²⁵

2.2.1. DEFINICION

Es el proceso inflamatorio del apéndice vermiforme, ocasionado por la obstrucción de la luz apendicular, producida principalmente por hiperplasia de folículos linfoides en niños, fecalitos, parásitos, cuerpos extraños, tumores.²⁸

2.2.2 EPIDEMIOLOGIA

El promedio de incidencia es de 1 a 2 niños en 10,000 por año desde que nacen hasta los 4 años de edad.⁸

Las edades de presentación con más frecuencia son 11 a 12 años, es muy rara la presentación en época preescolar, por tal motivo aumentan las complicaciones por el diagnóstico tardío. Incluyendo las mortales ³⁰

En países desarrollados como Estados Unidos la incidencia aumenta a 24 niños por 10,000 por año Siendo los 10 y 19 años las edades más frecuentes ¹²

2.2.3. ANATOMIA

Tiene forma tubular cilíndrica de pequeño tamaño, nace de la parte inferointerna del ciego a 2 a 3 cm debajo de la válvula ileocecal, lugar donde confluyen las cintillas del intestino grueso.³¹

Mide de 3 cm a 20 cm encontrándose en su base su base el repliegue vascular de Gerlach no siendo este muy importante .³³ es de superficie lisa de color grisácea cuya consistencia es elástica y firme, tiene un diámetro de 2 a 3 mm.³⁵

Posición:

El apéndice cecal tiene varias posiciones anatómicas se traza una línea vertical y horizontal a nivel de la base que es la posición descendente interna con un porcentaje de 44%, descendente externa 26% Interna ascendente 17%, retrocecal 13% porcentaje Otras

posiciones ectópicas 5%.²³

Vasos y nervios:

Esta irrigada por la arteria y vena apendicular y se conectan a las venas del ciego. El sistema Linfático se inicia en los F. linfoides atravesando la capa muscular continuándose con los linfáticos suberosos. Las otras estructuras como el Ciego, mesenterio y colon ascendente³⁸

Inervado por el plexo mesentérico superior.³⁵

Capas: histológicamente está conformado por cuatro capas: T. serosa, T. muscular, T. submucosa y T. mucosa.²⁵

2.2.4 ETIOLOGÍA

Tiene una causa multifactorial. Asociada a una obstrucción ya sea por fecalito. Hiperplasia folicular o cuerpo extraño, parásitos y tumores. Las cuales ocasionan obstrucción de la luz apendicular con consiguiente daño isquémico y acumulación bacteria.

2.2.5 FISIOPATOLOGÍA

Esta producida por la obstrucción luminal causado por, hiperplasia Linfoide, fecalito cuerpo extraño ingerido, parásitos y tumores. Las cuales ocasionan aumento de las presiones intraluminales por un aumento de la secreción mucosa y bacteriana⁴²

El incremento de las presiones intraluminales del apéndice vermiforme. Produce congestión, produciendo edema de los vasos Linfáticos y las venas, alterando la perfusión de la arteria apendicular, produciendo así isquemia en la pared del apéndice vermiforme, translocación bacteriana, infiltración inflamatoria de todas las tunicas del apéndice y posterior necrosis y finalmente perforación y peritonitis.⁴³

Los pacientes que se encuentran en la edad pediátrica tienen el epiplón poco desarrollado. la formación de abscesos y perforación pueden producir fistula o la obstrucción del intestino delgado.⁴⁴

2.2.6 MANIFESTACIONES CLINICAS

El cuadro clínico es el dolor abdominal en epigastrio que luego se irradia a la fosa iliaca derecha, representa un 33% de los pacientes en edad pediátrica. El punto de Mc Burney y aparte de ubicar el dolor es un punto de referencia más específica en edades pediátricas y obteniendo un 75% de pronóstico efectivo ¹⁵

El síntoma más frecuente en paciente de 31 días y 2 años es el vómito con un 85% a 90%. Seguido de dolor con un porcentaje de 35% a 77%. Diarrea con un porcentaje de 18% a 46%, y 40% a 60% de fiebre. Acompañándose de irritación en un 35% a 40% y entre otros en un porcentaje de 3 al 23%. ³⁶

Puede estar asociada de aumento o distensión abdominal (30- 52%), Letargia (40%), rigidez abdominal (23%), así como también tumoración o masa en abdomen y recto. ³⁴

La presentación clínica más frecuente en la edad escolar 6 años a 12 es el dolor localizado en fosa iliaca derecha. Existen casos también de presentación con dolor abdominal difuso.

El vómito se presenta en una frecuencia de 63 a 95%, añadido de sensación nauseosa en un 36 a 90%, muchas veces el vómito va precedido del dolor 18% así también la anorexia en un 47 a 75%. Las deposiciones líquidas en un 9 a 16% y el estreñimiento en un 5 a 23%, confundiendo el cuadro clínico apendicular así como también las infecciones urinarias pueden alterar el diagnóstico en 4 a 20% de los pacientes. ^{38 29}

El rebote positivo nos reporta un significado de sensibilidad y especificidad en un 82%, la percusión con dolor nos da 36% de especificidad. Sin embargo el signo del psoas, Obturador y otros en etapas pediátricas no tienen mucho significado de sensibilidad y especificidad ³³

La perforación de apéndice se produce a las 36 a 48 horas después de que se inicia el cuadro clínico ⁴⁴

Existe un 100% de falla diagnóstica en edades menores de 2 años, disminuyéndose este porcentaje hasta los 12 años con un 28 a 57%, incrementándose la morbimortalidad con la consecuente problemática legal para los médicos cirujanos. ³⁸

2.2.7 CLASIFICACION

APENDICITIS SIN COMPLICACIONES

1. Apendicitis Congestiva O Catarral: se produce una obstrucción de la Luz apendicular, en la parte más distal del apéndice acumulándose moco produciendo distensión y incremento de la presión intraluminal por la sensibilidad de la túnica serosa.³⁷
2. Apendicitis Flegmonosa: se produce un aumento de la distensión por estasis bacteriana ,la secreción mucosa cambia a purulenta ocasionando diapédesis bacteriana y ulceraciones en la mucosa ^{37 30}

APENDICITIS CON COMPLICACIONES

1. Apendicitis Gangrenosa O Necrótica: Producida por la distensión del apéndice causando ausencia de oxígeno en estos tejidos debido a un proceso flemonoso muy intenso aumentándose la virulencia bacteriana , flora anaeróbica aumentada produciendo necrosis total ,con áreas de coloración verdosa roja oscura y purpura asi como micro perforaciones .³⁷
2. Apendicitis Perforada: etapa en donde ocurre aumento de tamaño de las perforaciones haciéndose mas grandes situándose con mayor frecuencia en el anti mesentérico y cerca de un fecalito. Ocasionando una complicación como la peritonitis. En algunas oportunidades el organismo crea un mecanismo de defensa protectora adherencial del epiplón y asas intestinales protegiendo el proceso inflamatorio la cual se denomina plastrón apendicular .³⁷

2.2.3 DIAGNOSTICO CLINICO

Para llegar a un buen diagnóstico se realiza una buena historia clínica breve. Exámenes clínicos, en algunas oportunidades el diagnóstico se hace difícil, por lo tanto el diagnóstico temprano permite el tratamiento definitivo.

Se tiene que realizar un bien examen físico para descartar otras patologías que nos hace dudar del diagnóstico.³¹ al momento de examinar el abdomen se comienza palpando los cuadrantes no dolorosos, con palpación suave progresivamente se llega a los cuadrantes dolorosos del abdomen ¹⁷

También se realiza temperatura diferencial axilar y rectal, con la posterior exploración física .²⁶

1. Inspección: los niños permanecen inmóviles, con las piernas flexionadas con postura antalgica ⁴⁴
2. Auscultación abdominal: no se considera de mucho valor en el diagnostico ya que se puede encontrar ruidos hidroaereos incrementados, disminuidos o normales.

3. Palpación abdominal: al evaluar al paciente encontramos defensa involuntaria generalizada y en algunas etapas avanzadas dolor en FID, mc burney como signo específico.⁴⁴

2.2.9 LABORATORIO

Hemograma: con leucocitosis mayor a 10,000 cell mm³, lo que representando un 51 a 91% de sensibilidad.⁴⁰

En algunos estudios encontramos que los neutrofilos son más sensibles al incremento o de Leucocitos con 95%.³³

Las proteínas c reactivas nos demuestra una sensibilidad de 43% a 92% y una especificidad de 33 a 95% en edad pediátrica.¹²

Es importante el examen de orina en pacientes que presentan cuadro apendicular.²³

2.2.10 IMAGENES

1. RADIOGRAFIA DE ABDOMEN: en la apendicitis aguda no es de gran importancia ni de utilidad la radiografía de abdomen, lo normal es encontrar una radiografía normal. se puede encontrar un apendicolito con clínica de sugestión en el 10% de la radiografía.^{40 34}
2. Existen algunos signos indirectos en la radiografía los cuales son compatibles con cuadro apendicular:
 - ✓ Escoliosis con posición antialgica adoptando una concavidad al lado derecho.
 - ✓ Presencia de masa.
 - ✓ Se puede observar un asa intestinal delgada fija.
 - ✓ Presencia de niveles hidroaéreos.

ECOGRAFIA ABDOMINAL:

Este medio diagnostico nos da una sensibilidad del 92.9% y especificidad

Del 95.9%. Podemos encontrar los siguientes hallazgos:

- ✓ Presencia de una estructura tubular con un diámetro de > 6 mm. Transverso
- ✓ Presencia de apendicolito.
- ✓ Grasa periapendicular con Hiperecogenicidad.
- ✓ Presencia de colecciones abscesos o flemón apendicular.

TEM ABDOMINAL: es el Gold estándar en el diagnóstico de apendicitis confirman al 100% la apendicitis aguda, pero este medio de diagnóstico tiene costos elevados y no es común en los hospitales ²¹

2.2.11 TRATAMIENTO

Existen dos tipos de tratamiento ambos quirúrgicos

Los médicos cirujanos pueden realizar la apendicetomía convencional y por medio de la vía Laparoscópica. Ambos requieren la utilización de antibióticos que cubran bacterias anaerobias en caso de etapas complicadas según el tiempo de evolución ³⁶

Complicaciones post quirúrgicas:

- a. íleo adinámico: este es ocasionado por un espasmo por la manipulación manual en la cirugía se da en las 24 horas evidenciándose la presencia de un íleo reflejo ⁹
- b. Abscesos intraabdominales: se da en casos de apéndices complicados también por derrame en el momento de la intervención quirúrgica todos estos deben de ser evacuados o drenados.⁹
- c. Muñón apendicular dehiscente : se presenta en los 3 primeros días suele presentarse desde el segundo o tercer día y es debido a una mala técnica operatoria mala ligadura del muñón o a un proceso inflamatorio ⁹
- d. infección de la herida operatoria: se produce en los 5 primeros días ocasionadas por abscesos locales producidas por aerobios gram – anaerobios ³⁵

2.3 DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES:

Apendicitis aguda y incidencia: número de casos nuevos de AA. que son atendidos en un periodo de estudio

Tipo anatomopatológico: informe de estudio histológico del apéndice posterior a una apendicetomía

Tipo de apendicitis: etapa clínica del apéndice en el momento de diagnóstico que se da en el intraoperatorio

Tiempo de evolución: tiempo desde que se inicia los síntomas hasta que se realiza la intervención quirúrgica.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES.

3.1 HIPOTESIS GENERAL:

La incidencia, signos y síntomas de la AA influye en la etapa pediátrica del “Hospital Rezola” de Agosto 2015 —Agosto 2017 es alta.

3.2 HIPOTESIS DERIVADAS:

La población pediátrica tiene mayor probabilidad de presentar apendicitis aguda Complicada.

3.3 VARIABLES:

3.3.1. Variable Principal

Apendicitis aguda.

3.3.2. Variables secundarias.

- Edad.
- . Genero.
- Signos
- . Síntomas

3.3.3 Operacionalización

CAPITULO IV METODOLOGIA.

4.1 TIPO DE INVESTIGACION.

No experimental. Observacional. Descriptivo. Retrospectivo. Cualitativo —cuantitativo de Cohorte transversal.

Análisis documentario: La información de la historia clínica pasara a la ficha de datos.

4.2 METODO DE INVESTIGACION.

Es un estudio de tipo descriptivo y analítico.

4.3 POBLACION Y MUESTRA.

Pacientes en etapa pediátrica intervenidos quirúrgicamente en el “Hospital Rezola” en los años 2015 a 2017.

. Criterios de inclusión

. Pacientes pediátricos operados de AA en el Rezola

. Criterios de exclusión

Pacientes mayores de 15 años

Pacientes operados por apendicitis con informe de patología normal.

. Muestra:

Se evaluara 110 historias clínicas de pacientes en etapa pediátrica intervenidos quirúrgicamente por apendicetomía convencional en el “Hospital Rezola” en el año 2015 a 2017, extraídas al azar.

4.4 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS.

. Instrumento: se tomara una ficha para recolección de datos.

. Fuente: se revisaran Historias clínicas de pacientes en etapa pediátrica intervenidos quirúrgicamente del “Hospital Rezola” del 2015 al 2017.

4.5 TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS.

El presente proyecto utilizara información del servicio de estadística e informática del “Hospital Rezola” para poder realizar la recopilación de datos La recopilación de la información de datos .

Esto será previa aceptación de la solicitud presentada para poder realizar el proyecto de investigación.

Posteriormente se hará el procesamiento de todos los datos en forma manual en las tablas de código y matriz y obtener resultados en gráficas.

4.6 ANALISIS DE RESULTADOS.

- ✓ Se realizara un análisis estadístico en el que se repone distribución de frecuencia y un análisis bi variado.
- ✓ Medidas de asociación de Chi-cuadrado, para poder observar si es que las variables tienen alguna relación significativa.
- ✓ La información tomada en la recolección es en forma manual y para datos obtener datos estadísticos se utilizara la base de datos SPSS v.15.
- ✓ Para poder interpretar, discutir, y analizar los resultados se utilizará las variables de estudio así como la formulación del problema los objetivos e hipótesis planteadas.

CAPITULO V ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

5.1 RECURSOS HUMANOS.

Elaboradora del proyecto.

Jefatura de estadística y cirugía

5.2 RECURSOS MATERIALES.

MATERIALES	COSTOS
Tarjeta de apuntes.	S/. 2.00
Boligrafo.	S/. 2.00
Impresiones.	S/. 50.00
Folderes .	S/. 11.50
Hojas bond.	S/. 11.50
Subtotal 1	S/. 78.00
SERVICIOS	COSTOS
Transporte .	S/.20.50
Alimentación .	S/. 45.50
Anillo.	S/. 30.50
Empastacion.	S/. 15.50
Discos .	S/. 20.50
Internet.	S/. 20.50
Medios de comunicacion celular.	S/. 15.50

Subtotal 2	S/. 168.50
TOTAL.	S/. 246.50

5.3 PRESUPUESTO.

Todos los recursos materiales serán autofinanciados por el investigador del proyecto.

5.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES / MESES	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		x											
MARCO TEÓRICO			X	x									
HIPÓTESIS Y VARIABLES					x								
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN						X							
ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACION						X							
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS							x						
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:								x					
REVISION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION									x				
EJECUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION										X			
PRESENTACION Y EXPOSICION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION										X			
Publicación													xy

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Zavala, B. Zavala Apendicitis aguda en el niño. Rev. Chil. Pediatr. 2012; 83 (5): 474-481 2.
2. ARDELA DÍAZ, E. Et al. Dolor abdominal en la edad escolar: Avances. En: Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Vol. 40, No 173 (2000); p. 147-154.
3. Cruz M. Nuevo Tratado de Pediatría. 10° Edición. Barcelona. Ed. Oceano. P 1215-1217. 4. F. Parra. Características epidemiológicas y clínicas de la apendicitis aguda en la población pediátrica del hospital nacional Sergio E. Bernales - marzo 2005 – febrero 2006. Tesis de bachiller. Universidad Ricardo Palma. Lima Perú. 2007
5. F. Castro, I. Castro. Apendicitis aguda en el niño: cómo enfrentarla. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918
6. 5. Litz C, Danielson PD, Gould J, et al. Financial impact of surgical technique in the treatment of acute appendicitis in children. Am Surg. 2013;79:857-60.
7. Lee A, Johnson JA, Fry DE, et al. Characteristics of hospitals with lowest costs in management of pediatric appendicitis. J Pediatr Surg. 2013;48:2320
8. 1.- Sánchez Quispe M. Apendicitis Aguda en Niños en el Instituto de Salud del Niño. Lima – Perú 1989
9. Menacho Lopez L. Apendicitis Aguda del Preescolar en el Instituto de Salud del Niño. Lima – Perú 1996
10. Arones Collantes R. Apendicitis Aguda en Niños Menores de 5 años. 80 Tesis para optar el grado de Médico – Cirujano UNMSM. Lima – Perú 1998.
11. Aliaga Italo L. Presentación de 10 casos clínicos: Apendicitis Aguda en Niños en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” - Chiclayo – Lima – Perú 2000. 59
12. Valdivia García N. Apendicitis Aguda en el Niño en el Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima – Perú 2001
- 13.- Álvarez Bernaldo de Quiroz M, Sanz Villa N. Estudio prospectivo de 288 apendicitis agudas en la infancia: Características en los niños menores de 5 años. Anales Españoles de Pediatría 1997; 46: 351- 356.
14. Gutiérrez Dueñas JM, Lozano FJ y Díez Pascual R. Apendicitis aguda. Utilidad de una vía clínica basada en la evidencia. Cirugía Pediátrica 2002; 15: 156-161.
15. Pérez-Martínez A, Conde-Cortés J. Cirugía programada de la apendicitis aguda. Cirugía Pediátrica 2005; 18: 109-112
16. Uba AF, Lohfa LB. Childhood acute appendicitis: Is routine appendicectomy advised?. Journal Indian Association Pediatric Surgery 2006; 11: 27-30.
17. M.F Jimmy Yazán. Epidemiología quirúrgica de la apendicitis aguda en población pediátrica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo 2007-2011. Tesis para bachiller. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú. 2012.
18. M. Eddie. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS, QUIRÚRGICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE 0 – 14 AÑOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO, 2014”. TESIS para bachiller. LAMBAYEQUE. 2015.
19. Flores Nava G, Jamaica-Balderas M, Landa-García R, Parraguirre Martínez S, Lavalle-Villalobos A. Apendicitis en la Etapa Pediátrica: Correlación Clínico-Patológica en el Hospital General Dr. Manuel Gea González – México en el Período

1999 – 2003.

20. Torres Bravo A, col, Apendicitis Aguda en la Infancia. La importancia de su Diagnóstico Temprano. Rev Fac Med UNAM Vol. 52 No. 1 Enero-Febrero, 55 2009. [consulta el 7 de noviembre de 2014]
21. González-López S, López-Cruz R, Quintero-Delgado Z, CortizaOrbe G, Fonseca-Romero B, Ponce-Rodríguez Y. Apendicitis aguda 60 en el lactante. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2014 Dic 2]; 11(2): [aprox. 4 p.].
21. Chuquispuma Caycho Carlos. Correlación Clínico Histopatológico de Apendicitis Aguda en el Hospital Arzobispo Loayza enero – diciembre. Lima. Tesis para bachiller. Lima Perú. 2000.
22. G. Martínez. Detección de los factores de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en la población pediátrica. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía Unidad de Cirugía Pediátrica Bogotá D.C., Colombia 2014
23. Williams GR. Presidential address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. Ann Surg. 1983; 197:495-506
24. Scholer SJ, Pituch K, Orr DP. Clinical outcomes of children with acute abdominal pain. Pediatrics 1996; 98: 680-5
25. Gilbert STR, Emmers RW, Putnam TC. Appendicitis in children. Surg Gynecol Obst 1985; 161: 261-5.
26. Buntain WL, Krempe RE, Kraft JW. Neonatal appendicitis. Alabama J Med Sci 1984; 21: 295-8.
27. Kaneko K, Tsuda M. Ultrasound-based decisión mg in the treatment of acute appendicitis in children. J Ped Surg 2004;39 (9):
28. Rothrock SG, Pagane J. Acute appendicitis in children. Emergency department diagnosis and management. Ann Emerg Med 2000; 36: 19-37
29. Hallan S, Alsberg A. The accuracy of C-reactive protein in diagnosing acute appendicitis-a meta analysis. Scand J Clin Lab Invest 1997; 57: 373-80.
30. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for preventing postoperative infection after appendectomy (Cochrane Review). The Cochrane Library, 4, 2004. Oxford.
31. Kosloke AM, Love CL, Rohrer JE, Goldthorn JE, Lacey SL. The diagnosis od appendicitis in children: outcomes of a strategy based on pediatric surgical evaluation. Pediatrics 2004;113:29-34. 61
32. Farreras-Rozman: Medicina Interna, 16ª Edición. Ediciones Harcourt S.A. 2009. P. 168-73.
33. Wong Pujada P, Morón Antonio P, Espino Vega C, Arévalo Torres J, Villaseca Carrasco R. Apendicitis aguda; [en línea]. Perú. 2008[consulta el 7 de diciembre de 2014].
34. Arévalo Espejo O, col. Apendicitis aguda: hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. . [revista en la Internet] Rev Colomb Radiol. 2014; 25(1): 3877-88. [consulta el 20 de enero de 2015]
35. Alarcón Chávez E, Bustamante-Bustamante K. Correlación entre diagnóstico clínico y laboratorio de apendicitis aguda frente a los hallazgos anatomopatológicos en pacientes hospitalizados en el área de cirugía del hospital IESS de Manta entre periodo de Mayo del 2012 a Febrero del 2013. Ecuador tesis 2013.
36. Schwartz S., Burunicardi C., Andersen D., Araiza., Orizaga J., Pérez G. Principios de Cirugía. 8va edición. México. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana; 2008. P. 792-807

37. Fallas González, J. Apendicitis Aguda. [revista en la Internet] Med. Leg. Costa Rica 2012, vol.29, n.1, pp. 83-90.
38. Durán, O.; Ana, L. Valoración de Parámetros Hematológicos y Proteína C Reactiva en Niños de 2 a 12 Años Para el Diagnóstico y Seguimiento de Apendicitis Aguda. Cumaná, Estado Sucre. 2013.
39. Kasatpibal N. Risk of surgical site infection and efficacy of antibiotic prophylaxis: a cohort study of appendectomy patients in Thailand. BMC Infectious Diseases 2006, 6: 1 – 7
40. Buñuel Álvarez JC, Ochoa Sangrador C. Dos reglas de decisión clínica resultan útiles para identificar a los niños con dolor abdominal con baja probabilidad de tener apendicitis. Evid Pediatr. 2006; 2: 5
41. Omer Aziz, Thanos Athanasiou. Laparoscopic Versus Open Appendectomy in Children A Meta-Analysis. Ann Surg 2006; 243: 17– 27 62
42. Pearse R, Harrison D. Identification and characterisation of the highrisk surgical population in the United Kingdom. Critical Care 2006, 10 (3): 1 – 6.
43. Kopitowski K. Analgesia en abdomen agudo. Evid. Actual. Práct. Ambul. 2006; 9 (5): 158.
44. Muñoz Urribarri AB. Apendicitis por Paracoccidioides brasiliensis. Rev Med Hered 2006; 17 (1): 58 – 60

Anexos

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Variables
	Preguntas Secundarias	Objetivos Específicos	Subhipótesis	

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATS
Apendicitis	Inflamación del apéndice cecal por obstrucción de su luz	Tiempo transcurrido	Etapas	cuantitativa	Datos registrados en H.C	0=no 1=si
Edad.	Tiempo transcurrido desde la fecha desde el nacimiento hasta la entrevista	Tiempo transcurrido	años	Cuantitativa	Datos registrados en la H.C	<18 18 a 40 a
Sexo.	Conjunto de caracteres que diferencian a los hombres y mujeres, tanto en la morfología genital externa y la educación	Características fenotípicas	fenotipo	Categórica	Datos registrados en la HC	1=Ma 2=fe
Nivel cultural	son patrones de conducta característicos como miembros de una sociedad	Grado de instrucción	Historia clínica	Categórica	Datos registrados en la H.C	0=si estu 1= c estu
Sígnos	Un signo clínico es un elemento clave que el médico puede percibir en un examen físico	signos	Fiebre Laboratorio Ecografía abdominal	Categórica	Datos registrados en la H.C	0=m burn 1=bl
Síntomas	los síntomas que son los elementos subjetivos, es decir, son percibidos solo por el paciente, como el dolor, la astenia o los mareos.	síntomas	Dolor abdominal Nauseas Anorexia	Categorica	Datos registrados en la H.C	1=do fosa dere

ANEXO 02:

INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA °: _____

I) NOMBRE: _____

II) EDAD:

- A. 0 – 2 ()
- B. 2– 5 ()
- C. 5 – 10 ()
- D. 10 – 13 ()

III) SEXO:

- A. M ()
- B. F ()

IV) TIPO DE APENDICITIS:

- A. Apendicitis no complicada
- B. Apendicitis complicada

V) TIPO ANATOMOPATOLÓGICO

- A. Gangrenada ()
- B. Perforada ()
- C. Congestiva ()
- D. Supurada ()

VI) TIEMPO DE ENFERMEDAD

- A. < 24 Horas ()
- B. 24 – 48 horas ()
- C. >48 horas ()

VII) SINTOMATOLOGÍA

- A. Dolor abdominal ()
- B. Náuseas y vómitos ()
- C. Fiebre ()

