

**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

**VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA
FRENTE APENDICETOMIA CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL REZOLA DE
ENERO 2012 A JUNIO 2018.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTADO POR
NAPAN VILLA JANETH MARIELA**

LIMA - PERÚ

2020

INDICE

Indice.....	2
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Formulación del Problema.....	5
1.2 Objetivos.	5
1.3 Justificación del Problema.....	6
1.4 Delimitación del Área de Estudio.....	6
1.5 Limitaciones de La Investigación.....	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Base Teórica.....	14
2.3 Definición De Conceptos Operacionales.....	25
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES.....	27
3.1 Hipótesis Global.....	27
3.2 Hipótesis Derivadas.....	27
3.3 Variables.....	28
CAPITULO IV METODOLOGIA.....	29
4.1 Tipo De Estudio.....	29
4.2 Métodos De Investigación	29
4.3. Población y Muestra.....	29
4.4. Unidad de Análisis.....	30
4. 5. Técnicas de recolección de datos.....	30
4.6. Técnicas de procesamiento de datos.....	32
4.7. Analisis de Resultados.....	32

CAPITULO V: ADMINISTRACION DE LA INVESTIGACION	34
5.1. Recursos humanos.....	34
5.2. Recurso materiales.....	34
5.3. Presupuesto.....	34
5.4 Cronograma de actividades.....	34
BIBLIOGRAFIA	35
ANEXOS	39
Matriz de consistencia.....	39
Operacionalización de variables.....	41
Instrumento de recolección de datos.....	43

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta condición patológica de apendicitis aguda es la entidad quirúrgica más común realizada por los cirujanos generales en el servicio de urgencias de cada hospital. 1 El primer informe de apendicectomía laparoscópica es un estudio retrospectivo, por lo que es difícil de explicar. Recientemente han surgido muchos estudios posibles, aunque estos estudios no excluyen todas las tendencias, permiten una comparación más científica entre la apendicectomía laparoscópica (LA) y la apendicectomía abierta (AA). 2-8 En la cirugía laparoscópica, la relación entre el tiempo de operación y el tiempo de operación es mayor, pero generalmente el costo de la cirugía laparoscópica es ligeramente menor. En algunos estudios, se concluye que en comparación con los pacientes sometidos a apendicectomía tradicional, los pacientes experimentan menos dolor, reciben el alta antes y pueden reanudar sus actividades diarias más rápidamente. Este no es el caso en otros estudios. Hasta hace unos años, Mc Burney describió el tratamiento estándar para la apendicitis aguda en 18943. En 1982, Semm publicó el primer caso de apendicitis laparoscópica aguda, luego discutió las técnicas más comúnmente utilizadas. Más útil. La conclusión es que la tecnología laparoscópica reduce la duración de la estancia hospitalaria postoperatoria, reduce el dolor postoperatorio y reduce las complicaciones cada vez más reconocidas en el sitio quirúrgico [3,4]. Sin embargo, se han reportado en la literatura algunas complicaciones relacionadas con esta técnica, como absceso intraabdominal residual y alto costo quirúrgico. En este estudio, la frecuencia general de complicaciones fue similar. Durante los últimos diez años del siglo pasado, con el paso del tiempo, la cirugía laparoscópica ha demostrado ser la primera opción para otras patologías (como cálculos biliares,

esplenectomía³, enfermedad por reflujo gastroesofágico, ginecología y patología urológica, etc.) Tecnología. El tratamiento laparoscópico de la apendicitis aguda aún no se ha definido claramente, pero poco a poco ha ganado reconocimiento en todo el mundo^{4,5}. Hay aproximadamente 25,000 personas que se someten a cirugía por apendicitis aguda en Perú cada año, por lo que se deben considerar los pros y los contras. Así como apendicectomía laparoscópica y apendicectomía abierta, para determinar el tipo de cirugía más adecuada para cada paciente.

1.1. Formulación del Problema

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la apendicectomía laparoscópica y la apendicectomía abierta en la apendicitis aguda que se realizaron en el Hospital Canetrezola desde enero de 2012 a junio de 2018?

1.2 Objetivos.

General

- Con el fin de determinar las ventajas y desventajas de la apendicectomía laparoscópica en comparación con la apendicectomía abierta en la apendicitis aguda, se realizó en el Hospital Rezola de Canet desde enero de 2012 hasta junio de 2018.

Específicos

- Para determinar los beneficios de la apendicectomía laparoscópica frente a la apendicectomía abierta en la apendicitis aguda, se realizó en el Hospital Rezola de Cañete desde enero de 2012 hasta junio de 2018.

- Para determinar las desventajas de la apendicectomía laparoscópica frente a la apendicectomía abierta en la apendicitis aguda, se realizó en el Hospital Rezola de Canet desde enero de 2012 hasta junio de 2018.
- Determinar las características de los dos grupos de pacientes.

1.3 Justificación del Problema

Se explorarán los resultados relativos de la apendicetomía laparoscópica y la apendicetomía abierta para comprender las ventajas y desventajas de estas dos técnicas quirúrgicas, ya que, según estudios realizados en pacientes con apendicitis aguda, afecta principalmente a la población joven, económicamente activa y pobre. Edad de trabajo en diferentes instituciones que contribuyen a la economía nacional.

Los resultados de este estudio ayudarán a determinar cuál de estas dos técnicas tiene las mayores ventajas y las menores complicaciones para los pacientes. Con estos resultados, será posible realizar capacitaciones en tecnologías que han demostrado ser más beneficiosas. Además, se puede proponer un acuerdo en la organización para estandarizar la tecnología con mayores ventajas.

1.4 Delimitación del Área de Estudio

La apendicetomía laparoscópica y la apendicetomía abierta se realizaron en el Hospital Rezola de Cañete desde enero de 2012 hasta junio de 2018.

1.5 Limitaciones de La Investigación

Este trabajo de investigación contará con el apoyo de becarios del servicio quirúrgico de Rezola de Cañete.

No existen restricciones económicas, ya que los datos se obtendrán de la historia clínica del Hospital Rezola de Cañete.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

En un estudio propuesto por YU et al., Mediante revisiones sistemáticas y metaanálisis, analizamos cómo evaluar la viabilidad y seguridad de la apendicetomía laparoscópica para la apendicitis simple (congestión, apendicitis supurativa). Posteriormente se lograron identificar dos ensayos controlados aleatorios (ECA) y 14 estudios de cohortes retrospectivos (RCS), que demostró una vez más que la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía convencional podría reducir la tasa de infecciones en el sitio quirúrgico (IC = 0,28; IC del 95%: 0,25 a 0,31, $p < 0,00001$), pero la apendicetomía laparoscópica no aumentó la tasa de infecciones intraoperatorias postoperatorias como absceso abdominal (IAA) (OR = 0,79; IC del 95%: 0,45 a 1,34, $P = 0,40$). Se concluyeron que el tiempo de operación en los grupos apendicetomía laparoscópica fue mucho más largo que en los grupos de apendicetomía convencional. (DMP = 13,78, IC del 95%: 8,99 a 18,57, $P < 0,00001$). Sin embargo, la duración de las estancias hospitalarias en los grupos estudiados de apendicetomía laparoscópica fue significativamente más corta que en los grupos apendicetomía abierta (DMP = -2,47, IC del 95%: -3,75 a -1,19, $P < 0,0002$) y el tiempo hasta la toma oral (TTOI) fue mucho más temprano en los grupos de apendicetomía laparoscópica que en los grupos de apendicetomía convencional (DMP = -0,88, IC del 95%: -1,20 a -0,55, $P < 0,00001$).⁶

En un estudio realizado por LIX y colaboradores señalaron como objetivo comparar los efectos terapéuticos y la seguridad de la apendicetomía laparoscópica y convencional mediante un metanálisis donde realizaron los ensayos controlados y aleatorios publicados en inglés que compararon la

apendicectomía laparoscópica y apendicectomía abierta en adultos y niños entre 1990 y 2009. Ellos realizaron cálculos de los efectos: tiempo de operación, duración de la estancia hospitalaria postoperatoria, intensidad de dolor postoperatorio, retorno a la actividad normal, incorporación de la dieta, tasas de complicaciones y la conversión a una cirugía abierta. Luego los tamaños de los efectos se agruparon mediante un modelo de efectos fijos o de efectos aleatorios.

Estos Cuarenta y cuatro ensayos controlados y aleatorios con 5292 pacientes fueron incluidos en un metanálisis. Aquí se concluyó que el tiempo operatorio fue de 12,35 minutos más largo para la apendicetomía laparoscópica (IC del 95%: 7,99 a 16,72, $p < 0,00001$). Sin embargo, la estancia hospitalaria de la apendicetomía laparoscópica fue 0,60 días más corta (IC del 95%: -0,85 a -0,36, $p < 0,00001$). Estos pacientes regresaron a la actividad normal 4,52 días antes que la cirugía abierta (IC del 95%: -5,95 a -3,10, $p < 0,00001$) y se reincorporaron a su dieta 0,34 días antes (IC del 95%: -0,46 a -0,21, $p < 0,00001$). También se concluyó que el intenso dolor después de dicha cirugía Laparoscópica en el primer día postoperatorio fue significativamente menor que la cirugía convencional. ($p = 0,008$). Se encontró que la tasa de conversión de la apendicetomía laparoscópica a abierta fue del 9,51%. La tasa de complicaciones como la infección de la herida (ISO) después de la apendicetomía Laparoscópica se redujo definitivamente (OR = 0,45, IC 95%: 0,34 a 0,59, $p < 0,00001$), mientras tanto la otra complicación que es el íleo postoperatorio no se redujo significativamente (OR = 0,91, IC del 95%: 0,57 a 1,47, $p = 0,71$). Finalmente tienen como conclusión que la Apendicetomía Laparoscópica ofrece beneficios considerables sobre la Apendicetomía Convencional que incluyen la estancia

hospitalaria más corta, menos dolor postoperatorio, recuperación postoperatoria más rápida y una baja tasa de complicaciones. Sin embargo durante el período de estudio era obvio que había habido una tendencia hacia casi nada de diferencias en el tiempo de operación para los dos procedimientos. Aunque la apendicetomía laparoscópica se asoció con un ligero aumento en la incidencia abscesos intraabdominales residuales, sangrado intraoperatorio, siempre es un procedimiento seguro. Puede ser que el uso generalizado de este tipo de cirugía se deba a su mejor efecto terapéutico.

Esto también se encontró en otro estudio de MinútaV 1 y sus colaboradores, que tuvo como objetivo comparar los resultados y beneficios de dos técnicas quirúrgicas, como el costo de la laparoscopia y la apendicectomía abierta en un hospital regional. Primero, de mayo de 2008 a mayo de 2012, se analizaron retrospectivamente 230 pacientes sometidos a apendicectomía en cirugía general en el Hospital Cívico de Ragusa, Italia. En cuanto a las variables analizadas, estas variables incluyen: datos del paciente (sexo, cirugía abdominal previa, recuento leucocitario preoperatorio, duración de los síntomas, puntuación ASA), incidencia de apendicitis complicada o complicada, tiempo de operación, complicaciones postoperatorias, tiempo de hospitalización y costo total. Luego, el número total de pacientes se dividió en dos grupos según el método quirúrgico y se comparó para cada variable. Finalmente, los resultados se analizan utilizando las variables de los estudiantes para cuantificar la prueba del estudiante, utilizando la prueba de chi-cuadrado corregida de Yates y la prueba correcta de Fisher. Se utiliza para variables categóricas. Para este estudio se realizaron 139 casos de apendicectomía laparoscópica y 91 casos de apendicectomía abierta. Dos casos (1,4%) se convirtieron a cirugía abierta y

estos pacientes ya no se incluyen en los datos del grupo laparoscópico. En resumen, los datos de los pacientes y la incidencia de apendicitis complicada fueron similares en las dos rondas del estudio. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el tiempo medio de operación entre la cirugía laparoscópica (52,2 minutos; rango 20 a 155) y la apendicetomía abierta (49,3 minutos; rango 20-110) ($p = 0,476$). Por un lado, la incidencia de complicaciones menores y mayores tras la apendicetomía laparoscópica ($p = 0,006$) fue significativamente menor que tras la apendicetomía abierta (13,2%, 12 casos) (2,9%, equivalente a 4 casos); El porcentaje de abscesos intraabdominales en ambos grupos fue similar. En cuanto a la estancia hospitalaria, el grupo laparoscópico (2,75 días, rango 1-8) fue significativamente menor que el grupo abierto (3,87 días, rango 1-19) ($p = 0,001$). El coste medio total para el grupo laparoscópico fue de 2.282 euros y para el grupo abierto fue de 2.337 euros, que no fue muy diferente a los 55 euros ($p = 0,812$).

Concluyeron que La apendicetomía laparoscópica se asocia con menos complicaciones, menos estancia hospitalaria y con tiempo operatorio similar a la abierta, igual abscesos intraabdominales y costos totales, en comparación con la apendicetomía abierta.

Con este estudio la apendicetomía laparoscópica puede recomendarse como un método preferido en la apendicitis aguda.

En otro estudio realizado en el 2012, Siendo la apendicetomía una de las cirugías más frecuentes que se realizaba en urgencias, y que en Estados Unidos las tasas de obesidad sobrepasan el 30% de la población, los autores querían objetivar si existía alguna diferencia significativa en los

resultados a corto plazo post-apendicetomía, según fuera ésta abierta (AA) o laparoscópica (AL). En este estudio, el objetivo fue comparar los resultados de la apendicetomía abierta y la apendicetomía laparoscópica en pacientes con un índice de masa corporal (IMC) superior al 30% dentro de los 30 días posteriores a la cirugía. Utilice el mismo método para estudiar la enfermedad del paciente, la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria. La información de la base de datos del American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program, entre los años 2005 y 2009 analizó la evolución de 13.300 pacientes obesos que experimentaron una apendicectomía, laparoscópica (78% del total de casos) o abierta (22%). Primero estudiaron la relación entre tipo de apendicetomía y resultados por medio de un análisis de regresión logística y luego este grupo de pacientes se compararon con otros pacientes que tenían características similares de acuerdo a las definiciones de factores de riesgo del National Surgical Quality Improvement Program. Concluyeron que la Apendicetomía Laparoscópica se asoció con una reducción del 57% de morbilidad y que la estancia hospitalaria se redujo en 1,2 días cuando la apendicetomía había sido laparoscópica. En todos los tipos de apendicitis aguda, la hospitalización media fue de 2,8 días apendicetomía abierta y de 1,6 en la apendicetomía laparoscópica. Se encontraron que las diferencias en morbilidad y días de hospitalización fueron aún más significativamente diferentes en pacientes que tenían IMC mayor de 40 y de 50. Sin embargo la mortalidad fue similar para los dos tipos de abordajes (0,06% y 0,02% de mortalidad en apendicitis no complicada, para Apendicetomía abierta y Apendicetomía laparoscópica respectivamente).

Otro estudio publicado en el 2012 por Stefan saverlane y colaboradores cuyo Criterios de selección fueron unánimes; donde se incluyeron ensayos clínicos aleatorios que compararon apendicetomía laparoscópica (AL) versus abierta (AA) en niños y adultos y para el análisis, se emplearon odds ratios (OR), los riesgos relativos (RR) y los intervalos de confianza (IC) del 95%. En esto se incluyeron 67 estudios, de los cuales solo 56 compararon Apendicetomía laparoscópicas (con o sin laparoscopia diagnóstica) versus Apendicetomías abiertas en adultos. También encontraron que las infecciones de la herida operatoria fueron menos probables después de realizarse una Apendicetomía Laparoscópica que después de la Apendicetomía Abierta. (OR 0,43; IC: 0,34 a 0,54), pero se observó que aumentó la incidencia de abscesos intraabdominales (OR 1,87; IC: 1,19 a 2,93). Se encontró que la cirugía duró diez minutos más (IC: 6 a 15) en la Apendicetomía laparoscópica y el dolor en el postoperatorio inmediato de la cirugía se redujo después de la Apendicetomía laparoscópica en 8 mm (IC: 5 a 11 mm) en una escala analógica visual (EAV) de 100 mm. Finalmente observaron que la estancia hospitalaria se redujo 1,1 días (IC: 0,7 a 1,5) para luego reanudar a las actividades normales, el trabajo y el deporte se produjo más temprano después de la Apendicetomía Laparoscópica que después de la Abierta. Por otro lado, los costos de la cirugía asociados a una Apendicetomía laparoscópica fueron más altos, se redujeron los costos fuera del hospital.

2.2 Base Teórica

2.2.1 Apendicitis Aguda

Varias formas de apendicitis aguda son una de las patologías más comunes que han afectado previamente a los humanos. Se estima que el 8% de los jóvenes de los países occidentales desarrollan apendicitis aguda en algún momento de sus vidas. Los varones con una relación hombre / mujer de 1,4: 1 muestran una mayor tendencia, con una incidencia entre los 10 y 30 años. Aproximadamente el 70% de los pacientes tienen menos de 30 años, y ocurre con mayor frecuencia durante períodos extremos de la vida porque su diagnóstico es más complicado. Por tanto, el diagnóstico de apendicitis aguda es complicado porque es necesario realizar un correcto diagnóstico diferencial para hombres y mujeres, por lo que un alto grado de sospecha es muy importante para prevenir las complicaciones graves que puede ocasionar esta enfermedad. 657. La apendicitis aguda es relativamente peligrosa después de 50 años, 1:35 para las mujeres y 1:50 para los hombres. A pesar de todos los avances de la medicina actual, la enfermedad y la mortalidad por apendicitis aguda en este grupo de pacientes siguen siendo elevadas. Las manifestaciones clínicas clásicas de la apendicitis aguda solo aparecen en una cuarta parte de los pacientes y el inicio es insidioso en pacientes cuyos síntomas se han aliviado. Ésta es la causa común de errores de diagnóstico. 2 Según la Organización Mundial de la Salud, las personas entre 60 y 74 años se consideran ancianos. Las mujeres mayores o ancianas de 75 a 90 años, y las personas mayores de 90 años se denominan personas mayores. El grupo de ancianos de alto riesgo se debe a la aparición más temprana de la

perforación del apéndice, y su apéndice atrófico puede bloquear inmediatamente el apéndice. La tasa de perforación del apéndice es directamente proporcional a la edad. Al perforar el apéndice, el rango de complicaciones aumentó del 15% al 65%.

Las complicaciones específicas de la apendicitis aguda incluyen: abscesos alrededor del apéndice, peritonitis difusa y obstrucción intestinal. Según un estudio para pacientes menores de 65 años, la tasa de mortalidad es del 0,2%, mientras que la tasa de mortalidad para pacientes mayores de 65 es del 4,6%. Los factores de riesgo que afectan a los ancianos incluyen: escasa reserva física de los ancianos, afecciones médicas relacionadas y alta incidencia de perforación del apéndice durante la cirugía.

FISIOPATOLOGIA DE LA APENDICITIS AGUDA

Aproximadamente el 70 % de los casos corresponden a la obstrucción apendicular por fecalitos, hipertrofia linfoidea, un cuerpo extraño o parásitos incrustados. La luz apendicular puede obstruirse por estos factores que a su vez es ayudado por la estasis colónica y la mala alimentación. Aquí se establece la Teoría de la Cavidad Cerrada en que las bacterias que habitan en el intestino exacerbaban su virulencia e invaden la mucosa produciendo obstrucción linfática, luego venosa y posteriormente arterial llegando a complicarse con la perforación apendicular. Existen muchos autores que publicaron la interpretación del curso natural de la apendicitis en base a observar el cuadro clínico y sus complicaciones. Ellos denominan complicación apendicular cuando la afección sobrepasa el órgano y origina peritonitis locales o generalizadas, abscesos apendiculares, plastrones apendiculares y piloflebitis.

CLINICA:

La historia clínica se centra en el desarrollo del dolor y los síntomas relacionados, y los resultados obtenidos durante la exploración física siguen siendo la piedra angular del diagnóstico de apendicitis.

La imagen de dolor aquí tiene un inicio severo, inicialmente ubicado al nivel de la parte superior del abdomen o alrededor del cordón umbilical, y luego, en unas pocas horas, el dolor se trasladó al lado derecho de su fosa. La intensidad del dolor aumentó, pero solo ocurrió en el 50-60% de los casos. ⁽¹³⁾.

Es importante considerar los factores anatómicos y sus variantes, ya que afectan principalmente la manifestación del dolor, por ejemplo, el apéndice está en posición retrógrada y el dolor comienza en el lado derecho o derecho de su fosa y el apéndice. La longitud que excede la línea media puede causar dolor en el cuadrante inferior izquierdo ⁽¹⁴⁾.

El dolor abdominal suele ir acompañado de anorexia y náuseas. Pueden ocurrir vómitos, pero rara vez ocurren antes del inicio del dolor. La secuencia de dolor que acompaña a las náuseas, los vómitos, la hipoxia y la fiebre se denomina Cronología de Murphy.

En la evaluación de los pacientes se debe enfatizar la ubicación del dolor y los síntomas clásicos, y se debe considerar que lo positivo o negativo de estos factores depende en gran medida del cambio de posición del apéndice y del tiempo transcurrido desde el inicio. Dolor (14).

Si tiene fiebre, es un mal signo de apendicitis, pero si la fiebre es evidente y la taquicardia, le advertirán que puede perforar y formar un absceso intraabdominal.(15).

Llegados a este punto, es importante discutir el uso de analgésicos en pacientes que están observando dolor abdominal, especialmente en pacientes que aún no han sido diagnosticados con claridad y aún no han descartado la necesidad de cirugía. Diagnóstico diferencial radiológico

Para hacer un diagnóstico diferente de apendicitis aguda, debemos involucrar a cualquier entidad que provoque dolor abdominal. Sin embargo, dependiendo de cada paciente, algunas patologías son más confusas. Al igual que las mujeres, se deben realizar diferentes diagnósticos. Patología ginecológica, embarazo ectópico, infección del tracto urinario, etc.

Tratamiento para Apendicitis Agudas

Primero comience con la reanimación del paciente y un tratamiento quirúrgico claro.

Cuando hacemos un diagnóstico, el paciente suele estar deshidratado, posiblemente febril, ácido y purulento. Por lo tanto, el médico primero debe prestar atención al manejo de líquidos intravenosos y antibióticos preoperatorios. Los antibióticos actúan sobre la flora del apéndice y corresponden principalmente a microorganismos anaeróbicos y bacterias gramnegativas.

Es razonable prescribir antibióticos antes de la cirugía porque puede reducir las complicaciones posoperatorias, como la infección de la herida quirúrgica y la formación de abscesos en la cavidad abdominal. [38] Cuando pensamos en la apendicitis aguda no perforante, una sola dosis de cefazolina o ampicilina es suficiente para lograr los beneficios anteriores. Sin embargo, si encontramos un caso de apendicitis perforada, utilizamos ampicilina, gentamicina y triple antibiótico metronidazol / clindamicina.

2.2.2 Tecnicas Quirurgicas:

2.2.2.1 Apendicectomia Abierta.

Para la apendicectomía abierta, se puede utilizar la incisión de McBurney (oblicua), la técnica de Rocky-Davis (transversal) o la incisión subumbilical. Se han descrito varias incisiones cercanas al apéndice ciego y la más utilizada es la incisión de Mc Burney. También existen otros métodos: los métodos oblicuos, pararrectales y laterales raramente utilizados en la actualidad, los describiremos más adelante (Figura 2). Cuando tenemos preguntas de diagnóstico, la incisión central debajo del ombligo proporciona suficiente espacio para la exploración abdominal. Para incisión Mc. Burney se realiza cortando la piel y el tejido subcutáneo en la dirección de las fibras oblicuas más grandes y pasando a través de la puntada de Mc Burney, que se encuentra en el tercio externo y la parte interna de la línea que conecta el ombligo y la estómago La unión de dos tercios. Su columna se mueve hacia adelante. Luego corte la incisión de la fascia muscular oblicua en la misma dirección (Figura 3). Luego, extienda las fibras musculares de los músculos oblicuos mayores, menores y transversales, como si tuvieran una pinza hemostática, hasta que alcancen la fascia transversal (Figura 4). Luego, use dos retractores estrechos para exponer todas las capas musculares en la dirección de la incisión en una operación (Figura 5).

También tenemos una incisión de Jalaguier, que es una laparotomía subrectal precisa. Luego haga una incisión perpendicular a la piel dos centímetros dentro del borde de la vaina anterior derecha. Luego, después de abrir la piel y el teléfono celular, corte el tapón recto frontal en la misma dirección que la piel, separe el recto de la piel y tire de él hacia la línea media con 2 espaciadores en su borde exterior. Cuando se expone la vaina posterior derecha, se corta

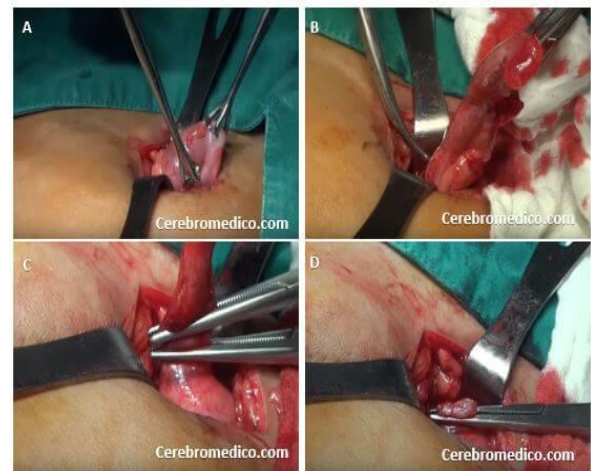
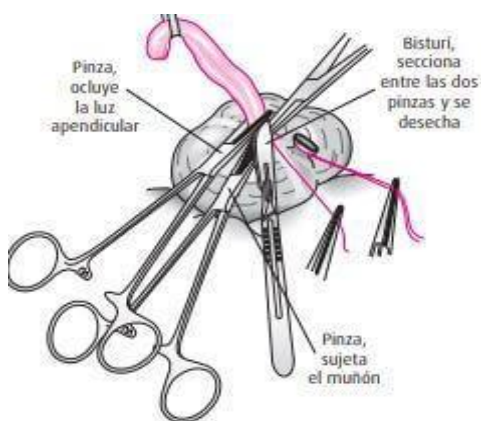
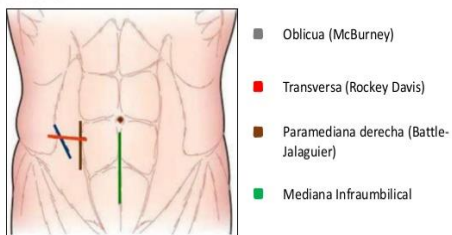
verticalmente junto con el peritoneo. También disponemos de una incisión auxiliar similar a Combat para acceder al apéndice. Una vez liberado el apéndice, la masa incisa lo levanta y continúa la extracción de la base del apéndice, colocando gotas de gato en la base. Además de la ligadura, se coloca un stent de Kotcher y se corta el apéndice (una apendicetomía típica).

Si el tejido es flexible en la base del apéndice, se hace una bursa vaginal en la base del apéndice. Cuando la afectación del ciego es importante y el cirujano cree que el riesgo de una fístula es alto, se puede realizar una incisión cecal.

El cirujano puede encontrar que el apéndice está debajo de la membrana serosa o detrás del peritoneo. Para estas situaciones, puede ser necesario abrir la fascia que moviliza el lado derecho del ciego. En estos casos, lo primero es atar la base del apéndice pasando la pinza curva a nivel de la base y, en una apendicetomía típica, atar la pinza a la pinza.

Sección del apéndice. El apéndice se procede a separarlo del ciego, ligando los vasos apendiculares en la medida que se vayan presentando (Apendicetomía retrograda). Después de la apendicetomía se lava profusamente y se procede a cerrar el peritoneo con surget hilo reabsorbible. Cuando sea necesario se aproximan los planos musculares con puntos separados en U, y por último se cierra la aponeurosis del oblicuo mayor con una sutura continua. Cuando hay certeza de contaminación de la herida se la puede dejar abierta o aproximar la piel con un par de puntos separados.

Incisión



2.2.2.2 Apendicetomía Laparoscópica

Para la apendicetomía laparoscópica, deben usarse tres trócares. El trocar se coloca en el ombligo (10 mm) de la cámara, y los otros dos son diferentes en el cuadrante inferior izquierdo o en la parte inferior del abdomen a elección del cirujano. Utilice un trocar o una bolsa para quitar parte del accesorio del enchufe. Los pacientes con sospecha de apendicitis aguda, ya sea inicial o compleja, deben someterse a una apendicetomía laparoscópica para un diagnóstico diferencial adecuado, incluso de forma segura en mujeres embarazadas. Los estudios coinciden en que los métodos quirúrgicos laparoscópicos tienen un impacto en esta técnica. La cirugía tradicional reduce el dolor, acorta el tiempo operatorio, acorta la estancia hospitalaria, reduce las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, y mejora los efectos estéticos, por tanto, se puede decir que los resultados son de gran utilidad ante la posibilidad de una cirugía laparoscópica. Rápidamente se aceptó como la técnica de elección para el tratamiento de la apendicitis aguda. En la actualidad, existen disputas entre pacientes que son complejas o sencillas. Se benefician de una apendicetomía laparoscópica, con mejores resultados en cuanto a tiempo operatorio, tipo de analgesia, dolor postoperatorio, tiempo de internación, complicaciones intraoperatorias y posoperatorias, invalidez y mortalidad hospitalaria. Sin embargo, se han publicado análisis prospectivos, aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas sobre este tema en ancianos, y se acepta que la heterogeneidad de las variables examinadas y los métodos utilizados no pueden llevar a conclusiones definitivas o a generalizaciones. Este estudio analizará y comparará métodos abiertos y

laparoscópicos para el tratamiento de la apendicitis aguda en nuestro medio, y determinará la eficacia relacionada con la hospitalización, infección del sitio quirúrgico, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias. Si se selecciona la apendicetomía laparoscópica en este grupo de pacientes, se deben seleccionar estas variables de estudio.

INSTRUMENTAL NECESARIO:

Necesitamos: trócares de 5, 11 y 12 mm, aguja de Veress, endodizador y endosijeras. Gancho monopolio. Divisor, asa y bolsa extraíble (opcional). Sellar, asegurar, suturar o fijador interno. También usaremos materiales de tejido blando (para la incisión y la preparación del campo). Si es necesaria la conversión, necesitamos una caja de laparotomía.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

La vejiga debe estar vacía (evaluar el catéter). Necesitamos preparar la piel y el campo, y realizar el neumoperitoneo (generalmente con aguja de Veress) a través de una incisión peligrosa, hasta que la presión intraabdominal esté entre 12 y 15 mmHg. Luego coloque el primer trocar (generalmente 11) y realice una exploración de la cavidad (especialmente el colon derecho, íleon terminal, genitales femeninos y colección intraabdominal). Luego colocamos los trócares restantes (de tres a cuatro trócares en total). Para exponer el apéndice y las extremidades medias, use unas pinzas auriculares. Si encuentra el plastrón, afloje el rizo del epiplón y el íleon. Imagina y corta recipientes colgantes de tamaño mediano con ganchos. Luego, ligue la base del apéndice (usando suturas o similares), luego segmenta el apéndice entre los enlaces. Limpiar a

fondo la cavidad peritoneal, principalmente (ángulo muerto de Douglas, espacio superior derecho del cuello, área subhepática)

POSICIÓN QUIRÚRGICA: El paciente está acostado boca arriba. Su brazo derecho se coloca en ángulo recto, mientras que su brazo izquierdo cruza su cuerpo. El cirujano y el reanimador están del lado izquierdo del paciente y la enfermera está a la derecha o alineada con el cirujano y el reanimador. Finalmente, la torre laparoscópica se ubica en el lado derecho del abdomen del paciente.

TIPO DE ANESTESIA: La anestesia general se utiliza para pacientes intubados y para monitorizar el pulso (pulsioximetría), la presión arterial, el ECG y el CO₂ exhalado.

2.2.3. Ventajas y desventajas de apendicetomía.

2.2.3.1. Ventajas de apendicetomía convencional.

- Menor tiempo operatorio.
- Mayor exploración de cavidad.
- Menor costo.

2.2. 3..2 Ventajas de apendicetomía laparoscópica.

- Menor dolor abdominal postoperatorio.
- Recuperación más temprana del tránsito intestinal (capacidad para expulsar gases y heces). --Estancia hospitalaria más corta.
- Reincorporación más rápida a sus actividades habituales.
- Mejores resultados estéticos.

Existen otros beneficios específicos de éste procedimiento:

-Permite una exploración completa y adecuada de la cavidad abdominal, evitando errores en el diagnóstico en los casos dudosos, en particular en los pacientes obesos y en la mujer joven, en la que una inflamación o rotura de un quiste o folículo ovárico puede confundirse con una apendicitis. También lo podemos emplear para localizar y extirpar apéndices en situación anatómica poco frecuente.

2.2.3.3 Desventajas de apendicetomía convencional.

- Mayor riesgo de infecciones.
- Menor estética
- Mayor dolor posoperatorio
- Mayor estancia Hospitalaria.

2.2.3.4. Desventajas de apendicetomía laparoscópica.

Aunque la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- Los **Riesgos frecuentes, pero no graves**: Tenemos la Infección o sangrado de la herida quirúrgica, una retención aguda de orina, flebitis, trastornos temporales de las digestiones, extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

- **Los Riesgos poco frecuentes y graves:** Podemos observar sangrado o infección intraabdominal, las fístulas intercutáneas, lesiones vasculares o de órganos vecinos, embolia pulmonar.



Fig. 1. Colocación de los trocarts.

2.3. Definición De Conceptos Operacionales

- Apendicetomía laparoscópica: es una técnica mínimamente invasiva que implica la extirpación quirúrgica del apéndice cecal mediante equipo de video endoscópico.
- Apendicetomía de rutina: es una técnica para extirpar quirúrgicamente los apéndices del ciego mediante cirugía abierta.
- Duración de la estadía: se refiere a la duración de la estadía desde la cirugía hasta el alta.
- Tiempo funcional: el tiempo desde el inicio de la operación hasta el final de la operación, en minutos.
- Infección en el sitio de la cirugía: ocurre en los primeros 30 días después de la operación y cumple con los siguientes criterios: • Flujo púrpura de la herida., Signos locales de infección, El diagnóstico de infección realizado

por el cirujano, confirma el cultivo de microorganismos en condiciones estériles, se recomienda el uso de ISO y patógenos.

- Complicaciones intraoperatorias: estas complicaciones afectarán al paciente durante la operación y pueden no estar relacionadas con la enfermedad.
- Complicaciones postoperatorias: estas complicaciones afectarán al paciente después de la operación y pueden estar relacionadas con la enfermedad involucrada en la operación, o pueden no estar relacionadas con ella, o pueden no ser un resultado directo de la operación.
- Conversión de tecnología quirúrgica: define la transición de la tecnología laparoscópica a la tecnología convencional de cirugía abierta; por lo tanto, el juicio clínico del cirujano determina el entorno operativo desfavorable para reducir la enfermedad y la mortalidad asociadas con esta cirugía.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis Global

Hi: las ventajas de la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía abierta en apendicitis aguda, en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2018 son menor estancia hospitalaria, menos complicaciones posoperatorias y las desventajas son mayor tiempo operatoria.

Ho: las ventajas de la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía abierta en apendicitis aguda, en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2018 son menor estancia hospitalaria, menos complicaciones posoperatorias y las desventajas son mayor tiempo operatoria

3.2. Hipótesis Derivadas

. Hi: las ventajas de la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía abierta en apendicitis aguda, en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2018 son menor estancia hospitalaria, menos complicaciones posoperatorias

Hi: las desventajas de la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía abierta en apendicitis aguda, en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2018 son mayor tiempo operatorio.

3.3. Variables

- Edad
- Sexo
- Ventajas
 - Tiempo de estancia Hospitalaria
 - Tiempo operatorio
- Desventajas
 - Dolor postoperatorio
 - Complicaciones
- Apendicetomía
- Comorbilidad
- Tiempo de enfermedad

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1 Tipo De Estudio

Los estudios no experimentales se realizarán en base al alcance, tanto analítico como comparativo, y serán retrospectivos, porque estas variables se obtendrán de la historia clínica y longitudinal porque estas variables han sido medidas en múltiples ocasiones. -Es un estudio de cohorte por que ingresa dos grupos de estudio constituidos por los pacientes de apendicetomía laparoscópica y apendicetomía convencional.

4.2 Métodos De Investigación

Es deductivo porque el enfoque es cuantitativo.

4.3 Población Y Muestra

La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes sometidos a apendicetomía laparoscópica y apendicetomía convencional en el hospital Rezola de Cañete desde enero de 2012 a junio de 2018.

Cuyos criterios de selección son todas las pacientes sometidas quirúrgicamente de Apendicetomía laparoscópica y convencional en los diferentes grupos etarios. No tiene criterios de exclusión.

Inclusión:

- Apendicetomizados laparoscópicos
- Apendicetomizados convencional

Exclusión:

- Pacientes con historia clínica no disponible en el estudio.

Muestra

Aceptando una comparación bilateral con un riesgo α de 0.05 y un riesgo β de 0.2, el grupo expuesto requiere 387 sujetos, y el grupo no expuesto requiere 387 sujetos para detectar un riesgo relativo mínimo de 0.28, y la proporción de pacientes en el grupo no expuesto el grupo es 0, 05. La pérdida de seguimiento se estima en 0%. Se utiliza la aproximación de POISSON.

4.4 Unidad de Análisis

La Unidad de Análisis en este estudio será cada paciente de diferentes grupos étnicos sin distinción de sexo que tengan diagnóstico de apendicitis aguda que serán sometidos quirúrgicamente a apendicetomía Convencional y Laparoscópica durante enero del 2012 hasta junio del 2018, en el Hospital Rezola de Cañete.

4.5 Técnicas de Recolección de Datos

Entre enero de 2012 y junio de 2018, los pacientes con apendicitis aguda de todas las edades que fueron atendidos en el Hospital Rezola de Cañete cumplieron los criterios de inclusión correspondientes y fueron asignados a uno de los dos grupos de estudio correspondientes para ingresar al estudio.

1. Visitar el departamento de estadística del hospital y determinar el número de historias clínicas de los pacientes durante el período de estudio correspondiente. En la lista confirmada se seleccionaron aleatoriamente 387 pacientes expuestos (apendicetomía laparoscópica) y 387 pacientes no expuestos o control (apendicetomía convencional)

2. . En el número total de registros médicos seleccionados, divídalo por 387, y el número resultante será el rango de selección de registros médicos. Para seleccionar la primera historia clínica se utilizará el molde para obtener el número correspondiente a la primera historia clínica de la historia clínica seleccionada, y se capturará la historia clínica posterior utilizando el intervalo seleccionado que se encuentre hasta el final del tamaño de muestra requerido.
3. Luego pasará a la historia clínica donde se determinó la historia clínica seleccionada.
4. Luego se recolectarán los datos relevantes correspondientes a las variables de estudio e incluirán en el formulario de recolección de datos (Anexo 1) hasta completar el tamaño de muestra de los dos ciclos de investigación.
5. Toda la información contenida en todas las tablas de recopilación de datos se resumirá, con el único propósito de preparar la base de datos para un análisis posterior.

Consideraciones éticas: El estudio contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Rezola de Cañete y de la Universidad Privada San Juan Bautista por ser un estudio de cohortes históricas en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes.

4.6 Técnicas de procesamiento de datos

Para registrar los datos enviados en la tabla de recolección de respuesta correspondiente, se procesaron en el paquete de software estadístico SPSS 20, y se consideraron todas las variables e indicadores del estudio, y posteriormente se presentaron en la tabla de entrada única y en la mesa de doble entrada. Y gráficos significativos.

4.7 Análisis de resultados

Primeramente, se realizará la descripción de las variables cuantitativas como edad, mediante tendencia central. (mediana, moda) y pruebas de dispersión (desviación estándar, intervalo,).

Para el caso de variables cualitativas como: Sexo, se calculará la frecuencia con sus respectivos porcentajes para probar la frecuencia. Después se procederá a la comparación de grupos mediante análisis bivariados y así determinar si existen diferencias significativas de la prevalencia de la Apendicitis según edad y sexo.

Para ver los objetivos si existen diferencias significativas se utilizara la prueba de chi cuadrado o Fisher para un p valor menor a 0.05.)

- **Estadística Descriptiva:** Obtener datos de distribución de frecuencias para las variables de calidad estudiadas, como edad, sexo, tipo de cirugía, hallazgos intraoperatorios y complicaciones. También se obtuvieron medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) de las tendencias cuantitativas (edad, tiempo de operación y hospitalización).

- **Estadística Analítica**: Aquí se aplicará la prueba de chi-cuadrado, y se establecerá la relación entre las variables cualitativas consideradas en la investigación y la prueba de estudiante para establecer la relación entre las variables cuantitativas. Si la probabilidad de error es menor al 5% ($p < 0.05$), la asociación se considera significativa. Las variables con significación estadística en análisis univariante serán sometidas a análisis de regresión logística múltiple, en el que OR con valor de $P \leq 0,05$ se considerarán altamente significativas.

CAPÍTULO V. ADMINISTRACION DE LA INVESTIGACION

5.1. Recursos humanos

- Un Médico Residente
- Internos de cirugía.

5.2. Recurso materiales

- Fichas de Recolección de Datos
- Una computadora
- Una impresora

5.3. Presupuesto

- Copia de ficha de recolección de datos.....50.00
- Una computadora.....Propia
- USB.....30.00
- Gastos imprevistos.....100.00
- Viáticos(para recurso humano).....300.00
- 1 millar de papel.....15.00
- Lapiceros.....5.00
- 1 impresora.....300.00

BIBLIOGRAFIA

1. Jeon, G Byeong, Kim I, J Hyuk; Hyeon K, Kim Sang Wook, Park Jin Su Kim Ki Ho; Kim Dong Il Lee Sang-Jeon. Int J Surg; 36 (Pt A): 225-232, diciembre de 2016.
2. Zamorano D, Marcelo. Rdo. Pepper Hill 68 (1): 43-50, febrero. 2016.Illus.
3. Revista de la Universidad de Katmandú J (KUMJ). Julio a septiembre de 2016; 14 (55): 244-248.
4. Cirugía (Bucur). Julio de 2014-antes; 109 (4): 518-22.
5. Mosquera M, Kadamani A2, Maikel Pacheco2, Ricardo Villarreal2, Juan Carlos Ayala2, Lina Paola Fajardo4, Mauricio Prieto6, Óscar García3, Haylmanrth Contreras2, Gabriel Sánchez5, David Herrera2, Jorge García26. , Fan Wei, Zheng Haitao, Xu Jian.
Int J Surg. Abril de 2017; 40: 187-197. doi: 10.1016 / j.ijssu.2017.03.022.
Publicación en línea del 14 de marzo de 2017. Comentario.
7. Li X, Zhang J, Sang L, Zhang W, Chu Z, Li X, Liu Y.
Hormona BMC-gastrointestinal. 3 y 10 de noviembre de 2010: 129. doi: 10.1186 / 1471-230X-10-129.
8. Minuto V, Licciardello A, Di Stefano B, Arena M, Arena G, AntonacciV. Análisis de resultados y coste de apendicectomía laparoscópica y abierta por apendicitis aguda: trabajo en un hospital de distrito durante 4 años BMC Surg. 2014. Examen de ingreso de posgrado PMID: 24646120; PubMed Central.

9. Espinoza R. Apendicectomía abierta y laparoscópica para pacientes obesos. Rev Chil Cir [Internet]. Antes de 2013 [citar el 23 de septiembre de 2017]; 65 (4): 364-364. Disponible: 1010. LópezG, M LILIAN. -Santiago A.-Mongiat, Osiris (Osiris J. González Arnaldo), Ricardo N.-Orban, Raúl José de San Martín "Rivadavia 1250-CP: 3400-Corrientes-Argentina.
11. Dr. Zamorano M. D. Rev. Channel Volume 68, San Diego, 2 de enero. 2016- Servicios quirúrgicos. Dr. Leonardo Guzmán, Hospital Regional de Antofagasta. Facultad de Medicina de la Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
- 12 .. Int J Surg. Enero de 2015; 13: 250-6. doi: 10.1016 / j.ijssu.2014.11.052. Publicación electrónica de diciembre de 2014 Apendicectomía laparoscópica en personas obesas asociada con mejores resultados clínicos: una revisión sistemática.
13. Br J Surg. Agosto de 2014; 101: 1135-42. doi: 10.1002 / bjs.9552. Publicado en Internet el 30 de junio de 2014. -En una cohorte nacional, complicaciones a corto plazo y enfermedades a largo plazo de la apendicectomía laparoscópica y abierta.
14. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. Junio de 2011-Apendicectomía laparoscópica para la apendicitis compleja: ¿es segura y razonable? : Análisis retrospectivo ... Khiria LS, Ardhnari R, Mohan N, Kumar P, Nambia R.
15. Moreno-Sands C, Pascual-Pedreno A, Picasso-Jest J, Corral Sanchez MA, Marcelo-Fernandez M, Seone Gonzalez Z .Cir Esp. Diciembre de 2005; 78 (6): 371-6. Resección abdominal y embarazo. Experiencia personal y revisión de la literatura.

16.//www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001546/informati
on.

17. Chandrasekaran TV, Johnson N. Apendicitis aguda. Cirugía de Oxford [Internet]. 2014 [fecha de citación: enero de 2015]; 32 (8): 413-417. Disponible en: <http://www.surgeryjournal.co.uk/article/S0263-9319%2814%2900118-5/pdf>

18. Oval C, Farias C, Olivares P. apendicectomía laparoscópica. Pastor Chil Cir. 1991; 43: 438-41.

19. Rivera C, Ross M. Apendicectomía laparoscópica con peritonitis apendica. Pastor Chil Cir. 2001; 53: 186-9.

18. C. Fortea-Sanchis, D. Martínez-Ramos, J. Escrig-Sos, J.M. G.A. Daroca-José Paiva-Coronel, R. Queralt-Martín, R. García-Calvo, Rivadulla-Serrano, Michigan, J.L. Salvador-Sanchis.

La apendicectomía laparoscópica es resistente al tratamiento abierto de la apendicitis aguda, DOI: 10.1016 / j.rgmx.2012.02.001.

ANEXO

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
¿Existen ventajas y desventajas de la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía abierta en apendicitis aguda, en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2017?	Determinar las ventajas y desventajas de la apendicetomía laparoscópica <i>frente a la</i> apendicetomía abierta en apendicitis aguda, en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2017.	Si existe ventajas y desventajas de la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía abierta en apendicitis aguda, en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2017.	V. dependiente <ul style="list-style-type: none"> • ventajas y desventajas V. Independiente <ul style="list-style-type: none"> • Apendicetomía 	Es un estudio analítico, retrospectivo, longitudinal
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	No existe ventajas y desventajas de la apendicetomía laparoscópica <i>frente a la apendicetomía</i> abierta en apendicitis aguda, en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2017		POBLACION Y MUESTRA .
	Determinar las ventajas de la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía abierta en apendicitis aguda no complicada, en		-VENTAJAS	

	el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2017.		Tiempo de estancia Hospitalaria -Dolor postoperatorio -Complicaciones -Descanso medico	
	Determinar las desventajas de la apendicetomía laparoscópica frente a la apendicetomía abierta en apendicitis aguda en el Hospital Rezola de Cañete desde enero del 2012 a junio del 2017	.	Desventajas -Tiempo de Enfermedad -Tiempo de Estancia Hospitalaria -Dolor postoperatorio -Complicaciones -Descanso médico.	
	<ul style="list-style-type: none"> Determinar las características de los pacientes de ambos grupos 		<ul style="list-style-type: none"> Edad Sexo Comorbilidades 	

Operalización de Variables

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE NATURALEZA	INDICADOR	ITEM	SCALA	INSTRUMENTO
APENDICECTOMIA	Técnica de extirpación quirúrgica del apéndice cecal.	CUALITATIVA independiente	HISTORIA CLINICA	LAPAROSCOPICA CONVENCIONAL	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
EDAD	-Tiempo de vida en años.	CUANTITATIVA	AÑOS	AÑOS	RAZON	HISTORIA CLINICA
SEXO	Características biológicas que registra el DN	CUALITATIVA	FEMENINO/ MASCULINO	FEMENINO MASCULINO	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
COMORBILIDAD	-Coexistencia en un mismo individuo de un trastorno.	CUALITATIVA	HISTORIA CLINICA:	SI/ NO	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
TIEMPO DE STANCIA HOSPITALARIA	Tiempo de permanencia en el hospital de un paciente.	CUANTITATIVA	Nº DE DIAS HOSPITALIZADO	DIAS	RAZON	HISTORIA CLINICA

DOLOR POSTOPERATORIO	.-Dolor que aparece luego de un acto quirúrgico.	CUALITATIVA	Escala	SI / NO	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
COMPLICACIONES	Agravamiento de una enfermedad.presencia o ausencia de complicaciones como : ISO ABSCESO RESIDUAL FISTULA ENTEROCUTANEA OTROS	CUALITATIVA	Presencia de complicaciones reportads en historia clínica.	1.ISO 2.ABSCESO RESIDUAL 3. FISTULA ENTEROCUTANEA 4. OTROS	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
DESCANSO MEDICO	Periodo de incapacidad otorgado por el Médico tratante	CUANTITATIVA	DIAS	DIAS	RAZON	HISTORIA CLINICA
TIEMPO OPERATORIO	Tiempo transcurrido en la Cirugía.	CUANTITATIVA	TIEMPO OPERATORIO DE CIRUGIA EN MINUTOS	MINUTOS	NOMINAL	HISTORIA CLINICA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Apendicetomía convencional desde enero 2012 hasta junio del 2017 en el Hospital Rezola de Cañete

Historia Clínica:

1. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

2. Edad (años).

3. Grupo Etéreo.

0. Menor de 15 años

1. 15-19 años

2. 20-29 años

3. 30-39 años

4. 40-49 años

5. 50-59 años

6. 60 o mas

4. Hallazgo Intraoperatorio (estadio de apendicitis)

1. Congestiva 2. Supurada.... 3. Gangrenada... 4. Perforada 5. Plastrón.... 6. Peritonitis localizada7. Peritonitis generalizada...

5. Tipo de cirugía: 1. Laparoscopia..... 2. Convencional

6 Tiempo operatorio (minutos):

7. Tiempo de Enfermedad (horas).....

8. Complicaciones:

1. infección herida operatoria 2. Absceso residual intraabdominal

3. Fístula entero cutánea... .. 4. Otros.....

9 . Estancia hospitalaria (días)

10. comorbilidad: si..... ..no.....

11..Dolor postoperatorio : Si.. no.....

CRNOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES DE EJECUCIÒN											
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
BUSQUEDA DE LA BIBLIOGRAFIA	X											
PRESENTACIÒN DEL TEMA		X										
ENTREVISTA CON EXPERTOS Y ACTORES INVITADOS .		X	X	X								
ELABORACION DEL PROTOCOLO.			X									
ELABORACION DE INSTRUMENTOI PARA LA RECOLECCION DE DATOS.				X	X							

ECOLECCION DE DATOS.						X	X					
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.								X	X			
ENTREGA DE INFORME										X		
PRESENTACION DEL INFORME FINAL												X