

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, DURANTE EL PERÍODO
ENERO 2013 - ABRIL 2018**

TESIS

**PRESENTADO POR BACHILLER
LOPEZ CHUNGA COLBERT MIZAE**

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

LIMA – PERÚ

2021

ASESOR

Dr. Pinto Oblitas Joseph

AGRADECIMIENTO

Agradezco todos nuestros docentes y en especial al Dr. Pinto, asesor y guía de la realización de este trabajo

DEDICATORIA

Dedico a nuestro señor por darme las suficientes fuerzas para así poder haber podido superar cada dificultad presentada a lo largo de mi carrera y seguir luchando por mis sueños de igual manera a mis padres por su apoyo permanente, enseñándome a nunca rendirme y perseverar en las diferentes situaciones que se me presenten.

RESUMEN

Objetivo: La presente investigación tiene como objetivo el de determinar las características de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero 2013 – abril 2018, siendo esta una investigación de tipo descriptivo. Se utilizó una población de 82 pacientes adultos mayores que ingresaron por emergencia y fueron diagnosticados con apendicitis aguda.

Métodos: Se realizaron estadísticas descriptivas, así como análisis de frecuencia con estimaciones de medidas de dispersión y medidas de tendencia central.

Resultados: A lo largo de la investigación se tuvo que el sexo masculino tuvo mayor predisposición con un 69,5%. También se evidenció que la mayor parte de las personas que padecían de esta enfermedad se encontraban entre los 70 – 79 años. Se encontró que las náuseas y vómitos eran frecuentes en un 84,1%, la anorexia en un 79,3% y dolor abdominal difuso en un 56,1% son los síntomas de la clínica más frecuente en los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda, también con ello se encontró que la comorbilidad más frecuente en pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda son los problemas cardiovasculares con un 43.9%, de la cual la enfermedad más importante sería la hipertensión arterial y por último se tuvo que un 97,6% de los pacientes se auto medican con algún tipo de analgésico para disminuir el dolor abdominal presentado por la enfermedad y respecto a las diferencias del rango de pacientes de menor y mayor de 70 años, podemos ver que algunas características puede tener predisposición por alguna de esas edades pero es irrelevante para el diagnóstico de apendicitis aguda paciente adulto mayor.

Conclusiones: Al final en lo que se denomina conclusiones, presentamos que como ya se había dicho un mayor porcentaje de las personas se auto medican (97,6%) haciendo más difícil el diagnóstico de la enfermedad.

Palabra clave: Apendicitis aguda, Adultos mayores, Dolor Abdominal.

SUMMARY

Objective: The present research aims to determine the characteristics of elderly patients with a diagnosis of acute appendicitis treated at the Hospital Nacional Hipólito Unanue during the period of January 2013 - April 2018, this being a descriptive research. A population of 82 elderly patients who were admitted by emergency and diagnosed with acute appendicitis was used.

Methods: Descriptive statistics were performed, as well as frequency analysis with estimates of dispersion measures and measures of central tendency.

Results: Throughout the investigation, the male sex had a greater predisposition with 69.5%. It was also evidenced that most of the people who suffered from this disease were between 70 - 79 years old. It was found that nausea and vomiting were frequent in 84.1%, anorexia in 79.3% and diffuse abdominal pain in 56.1% are the most frequent symptoms of the clinic in older adult patients diagnosed with Acute appendicitis, also with this it was found that the most frequent comorbidity in elderly patients with a diagnosis of acute appendicitis are cardiovascular problems with 43.9%, of which the most important disease would be arterial hypertension and finally 97 , 6% of the patients self-medicate with some type of analgesic to reduce the abdominal pain presented by the disease and regarding the differences in the range of patients under and over 70 years of age, we can see that some characteristics may have a predisposition for some of those ages but it is irrelevant for the diagnosis of acute appendicitis in elderly patients.

Conclusions: In the end, in what are called conclusions, we present that, as already mentioned, a higher percentage of people self-medicate (97.6%), making the diagnosis of the disease more difficult.

Key word: Acute appendicitis, Older adults, Abdominal pain.

INTRODUCCION

Con la actual investigación se busca identificar si los factores sexo, edad, comorbilidades como HTA, DM 2, gastrointestinales, genitourinario, automedicación y analfabetismo influyen en el retraso en el diagnóstico de AA en pacientes adultos mayores, ya que se ha visto la poca investigación acerca de este tema y la elevada morbimortalidad que presenta el adulto mayor a causa de las complicaciones que se dan, resulta relevante su estudio. Y de esta manera se realicen actividades mediante charlas educativas sobre la prevención tanto en el paciente como en su familia una mayor preparación por el personal de salud.

La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo. Habitualmente se origina por la obstrucción de la luz del apéndice debido a un fecalito o apendicolito formado dentro del mismo, lo que conlleva al aumento secundario de la secreción a su luz y el cese de la resorción. Esto condiciona un aumento de la presión intrapendicular, la detención segmentaria del flujo sanguíneo en la pared intestinal, en primer lugar, en la mucosa y por último en todo el espesor de la pared.

Actualmente la apendicitis aguda es el motivo de mayor incidencia de abdomen agudo quirúrgico en nuestro país; la apendicitis aguda está en el 2do lugar entre las 40 causas que requieren hospitalización, el grupo de personas a partir de la sexta década asciende lentamente en los primeros cincuenta años del periodo, como se ha visto el crecimiento en los años 1950 con 3,5% en el 2000 con 4,7%

Por esta razón se logró obtener los datos, con el uso de la ficha de recolección de datos en el grupo de variables a estudiar.

INDICE

CARATULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCION.....	VII
LISTA DE TABLAS	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 PROBLEMA GENERAL.....	2
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.7 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2 BASES TEÓRICAS	12
2.2.1. APÉNDICE CECAL.....	12
2.2.1. APENDICITIS AGUDA	14

2.3	MARCO CONCEPTUAL	23
2.4	HIPÓTESIS	23
2.5	VARIABLES	23
2.6	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	23
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		25
3.1	DISEÑO METODOLÓGICO	25
	3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	25
	3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	25
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	26
3.3	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS.....	26
3.4	DISEÑO DE RECOLECCIÓN	26
3.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	26
3.6	ASPECTO ÉTICOS.....	26
CAPÍTULO IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS		26
4.1	RESULTADOS	26
4.2	DISCUSIÓN	32
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		34
5.1	CONCLUSIONES	34
5.2	RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		36
ANEXOS.....		40
ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA		41
ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES		45
ANEXO 03: FICHA DE RECOLECCIÓN.....		52
ANEXO 04: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS.....		53

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO ENERO 2013 – ABRIL 2018.

TABLA N°2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO ENERO 2013 – ABRIL 2018.

TABLA N°3 CARACTERÍSTICAS SOBRE LAS COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO ENERO 2013 – ABRIL 2018.

TABLA N°4 CARACTERÍSTICAS SOBRE LA AUTOMEDICACIÓN EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO ENERO 2013 – ABRIL 2018.

TABLA N°5 CARACTERÍSTICAS EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES (<70 VS. >70) CON DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO ENERO 2013 – ABRIL 2018.

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS N°1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXOS N°2 MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXOS N°3 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXOS N°4 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

CAPÍTULO I: EI PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Actualmente la apendicitis aguda es el motivo de mayor incidencia de abdomen agudo quirúrgico, sobre todo en los países que se encuentran en desarrollo. ⁽¹⁾

En nuestro país la apendicitis aguda está en el 2do lugar entre las 40 causas que requieren hospitalización, padecer apendicitis aguda en algún momento de nuestras vidas en porcentaje sería en varones un 8,6% y en mujeres 6,7%. Y a lo que se refiere a edades frecuentemente es entre 25 a 35 años.

Como se sabe la apendicitis aguda es más común en la 2da y 3ra década de vida, siendo esta última solo el 2% – 2,5%, pero el número de casos en los pacientes de tercera edad ha ido incrementado debido a un mayor índice de supervivencia.

El grupo de personas apartir de la sexta década que padecen de la enfermedad asciende lentamente en los primeros cincuenta años del periodo (1950-2000), como se ha visto el crecimiento en 1950 con 3,5% y en el 2000 con 4,7%.⁽³⁾

Siendo relevante mencionar que este grupo de tercera edad es el que mayor índice aporta sobre la morbilidad (perforaciones, formación de abscesos, complicaciones post-operatorias) ⁽⁶⁾ y mortalidad con porcentajes de 4,6% y los menores de 65 años con un 0,2%⁽⁴⁾ , por demora en su resolución quirúrgica.⁽⁵⁾

Existen diversos factores que favorecen al diagnóstico tardío de apendicitis aguda en pacientes geriátricos, que generalmente no siguen la secuencia clásica como el inicio de dolor epigástrico que luego se irradia a la fosa iliaca derecha, siendo este un dolor visceral difuso permanente que luego se asocia a anorexia, náuseas, vómitos y fiebre, diferente a manifestaciones como la que se da en un adulto joven,

con signos y síntomas atípicos o incompletos, por los cambios pato-fisiológicos que se van dando con el transcurrir de los años, que a la exploración física brinda pocos datos, acompañado de comorbilidades que se suman a este cuadro como HTA, DM 2, gastrointestinales, genitourinario entre otros que “enmascaran” de cierto modo, así como también la prescripción de medicamentos por molestias que tienen durante el episodio actual, la falta de comunicación del anciano con personal de salud y familia por la analfabetismo en nuestro país, todo ello influye en el tiempo que transcurre para acudir a un hospital.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son las características de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Durante en el periodo enero 2013 – abril 2018?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018?

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018?

¿Cuáles son las características sobre comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018?

¿Es la automedicación una característica de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018?

¿Existen diferencias en las características de los pacientes adultos mayores (<70 vs. >70) con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el hospital nacional Hipólito Unanue, durante el período enero 2013 - abril 2018?

1.3 Justificación

Justificación teórica

La Apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica de mayor frecuencia, que en las últimas décadas se ha visto un incremento sobre el número de casos en los adultos mayores, así mismo el aumento de la morbilidad sobre este grupo de tercera edad, por motivo de demora en el diagnóstico, en establecer un tratamiento oportuno y evitar complicaciones durante y después de la operación.

Por tal razón se ha visto necesario realizar la presente investigación, conocerla relación de los factores como sexo, edad, comorbilidad y automedicación y el retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda.

Justificación práctica

En la emergencia se ha focalizado el modelo de atención clínico asociado a factores que intervienen en el diagnóstico de apendicitis aguda en adulto geriátrico que en estos años últimamente la incidencia a aumentado y a partir de eso las complicaciones.

Justificación metodológica

Este estudio se trabajará con una muestra de pacientes geriátricos, por lo que esta muestra tiene un poder suficiente para que las asociaciones estadísticas tengan significancia.

Justificación económica social

El costo social del problema de salud de los ancianos es muy importante, ya que se puede tener en consideración si es que se evalúan factores vinculados a la muerte del paciente, por las complicaciones de un diagnóstico tarde de una apendicitis aguda.

1.4 Delimitación del Área de Estudio

La actual investigación se realizará en el área de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018, a los pacientes enfermos geriátricos con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en Emergencia.

1.5 Limitaciones de la Investigación

Una de las limitaciones fue el reducido número de pacientes adultos mayores incluidos en el estudio. A pesar de lo expuesto, se continuará realizando la investigación con los datos que el hospital pueda proporcionarnos.

1.6 Objetivos de la Investigación

1.6.1 Objetivo General

Determinar las características de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Durante en el periodo enero 2013 – abril 2018.

1.6.2 Objetivos Específicos

Identificar las características demográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

Identificar las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

Identificar las características sobre comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

Identificar si la automedicación es una característica de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

Identificar las diferencias características en los pacientes adultos mayores (<70 vs. >70) con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

1.7 Propósito

Con la actual investigación se busca identificar si los factores sexo, edad, comorbilidades como HTA, DM 2, gastrointestinales, genitourinario, automedicación y analfabetismo en el retraso en el diagnóstico de AA en pacientes adultos mayores, ya que se ha visto la poca investigación acerca de este tema y la elevada morbimortalidad que presenta el adulto mayor a causa de las complicaciones que se dan resulta relevante su estudio. Y de esta manera se realicen actividades mediante charlas educativas sobre la prevención tanto en el paciente como en su familia una mayor preparación por el personal de salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Bibliográficos

Internacionales

Radamés *et al.* (2011). Realizaron una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y de serie de casos donde la finalidad fue determinar la epidemiología y clínica de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Clínico quirúrgico Docente "Miguel Enríquez en el periodo 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2008. En el estudio se obtuvo que gran porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de tercera edad con diagnóstico de apendicitis aguda fue de 4,7 %, entre los 60 y 69 años. El síntoma que predominó en las edades más tempranas fue el dolor típico (un dolor abdominal que se le agrede náuseas y vómitos) y que conforme iba aumentando la edad, el dolor atípico se manifestaba. ⁽¹⁰⁾

La Mura *et al.* (2009). Realizaron una investigación de tipo retrospectivo, donde la finalidad fue determinar el orden clínico de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores para un diagnóstico temprano durante el periodo setiembre del 2006 a setiembre del 2008. Abarcando una población 16 pacientes de 75 años obteniéndose como resultado que la manifestación clínica más común fue un dolor continuo difuso (55%), dolor en fosa iliaca derecha (36%) y dolor en región lumbar (9%), el signo de Blumberg positivo (21%) y aumento de temperatura corporal superior a 37.5°. ⁽⁸⁾

Salahuddin *et al.* (2012). Realizaron una investigación de tipo retrospectivo donde la finalidad fue determinar la clínica y manejo en pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital de Fábricas de Artillería de

Pakistán, Wah Cantt durante el periodo de diciembre de 2006 a mayo de 2008 obteniendo como resultados de una población de 75 pacientes que tuvieron dolor abdominal aguda donde el 48%(36) fueron diagnosticados con apendicitis aguda; según el género no hubo variabilidad el 56% (20) fueron varones y el 44%(16) mujeres por otro lado el 70%(25) estuvo asociada a comorbilidades; según los síntomas, el que más predominó fue el dolor abdominal en 90%(32), seguido de náuseas con un 48%(17) y vómitos con un 25%(9) de los pacientes, según los signos, el cuadrante inferior derecho con un 74%(26) y fiebre en un 30.5%. Sobre la estancia hospitalaria aumentó considerablemente en pacientes con diagnóstico tardío (5-7 días), perforaciones (5-9 días) y complicaciones postoperatorias (5-15 días).⁽¹²⁾

Pol *et al.* (2014). Realizaron una investigación de tipo retrospectivo donde el objetivo es evaluar a pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital "Enrique Cabrera" durante el periodo de enero del 2006 y diciembre del 2011, teniendo una población para este estudio de 57 pacientes adultos mayores obteniendo como resultado, sobre el rango de edades entre 60 y 69 años con 64,9 %; respecto a género masculino tuvo una incidencia de un 54,4 %; de acuerdo a los síntomas el de mayor predominio fue el dolor abdominal con un 100 % de los pacientes, con el dolor típico en 31 pacientes (54,4 %) y atípico en 26 pacientes (45.6%), seguido de la presencia de náuseas, vómitos y fiebre; respecto a los signos de Blomberg (+) en 47 y con taquicardia en 3 pacientes adultos mayores.⁽¹⁶⁾

Álvarez *et al* (2002). Realizaron una investigación de tipo retrospectivo donde el objetivo es identificar la clínica, el laboratorio, anatomopatológico y morbimortalidad de enfermos de 70 años con diagnóstico apendicitis aguda. La totalidad de población fue de 2617 apendicectomías en el Hospital Clínico Regional de Concepción, donde solo 24 pacientes (15 hombres, 9 mujeres) fueron mayores de 70 años (0,9%) obteniéndose como resultados un predominio de dolor abdominal

con un 100% , náuseas o vómitos en un 45,8%, sobre el dolor fue localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen sólo en 9 pacientes (37,5%); sobre el examen físico en estos pacientes tuvo una hipersensibilidad de un dolor continuo en fosa iliaca derecha con el 66,7% de los pacientes, solo el 20,8% presentó defensa muscular ; una alza térmica mayor de 37,5° C se encontró en 29,2%. A lo que se refiere a tiempo de evolución en el momento de ingreso esta entre 12 y 96 horas, el 62.5% de los pacientes fueron al hospital luego de las 24 horas después del inicio de la clínica; respecto a las comorbilidades más frecuentes fueron las cardiovasculares con el 40%. ⁽¹⁷⁾

Roberto *et al* (2004). Realizaron una investigación de tipo casos y controles donde el objetivo fue comparar el desarrollo clínicamente, comorbilidades y complicaciones de la apendicitis aguda en pacientes de 65 años con una población de 15-25 años. Se analizó 40 historias clínicas de pacientes mayores de 65 años y 100 pacientes entre las edades de 15 y 25 años, ambos con los mismos criterios, que recibieron intervención quirúrgica por el diagnóstico de apendicitis aguda, se obtuvo como resultado un 100% de pacientes mayores de 65 años tuvo dolor abdominal leve de las cuales un 62% fue de localización difusa, 38% localizado en fosa iliaca derecha; para la población de 15 a 25 años la alteración inicial fue el dolor moderado en un 100% de los pacientes, 66% localizado en epigastrio, 20% en fosa iliaca derecha y 14% en la región peri umbilical; el tiempo transcurrido entre la iniciación de los síntomas y acudir a consulta en adultos mayores fue de 5 días en promedio, mientras que en los jóvenes fue de 22 horas. ⁽¹⁸⁾

Nacionales

Choque *et al* (2017). Realizaron una investigación de tipo cuantitativo observacional descriptivo y retrospectivo donde el objetivo es determinar los factores demográficos y clínicos en el hospital Cayetano Heredia en pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda durante el periodo 2015 hasta 2017, con una población de 191 pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda, se obtuvo como resultado que 155 pacientes tuvieron el diagnóstico confirmado, de los cuales 81 de género masculino, sobre la edad promedio fue de 71-72 años. Respecto al dolor abdominal 72 pacientes (46.45%) presentaron dolor atípico, la media del tiempo de dolor abdominal pre admisión fue de 43.5 horas y la de tiempo de espera hasta la cirugía fue 21.26 horas. sobre el intraoperatorio, 53 (34.19%) casos fueron apendicitis aguda perforada donde el 7.74% desarrollaron complicaciones post operatorias. ⁽²⁹⁾

Chian *et al* (2012). Realizaron una investigación de tipo retrospectivo en 100 pacientes mayores que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo 1984-1994, se obtuvo como resultado a lo que se refiere al rango de edad que entre 60 a 64 años era un 46% el mayor número de casos. Respecto al tiempo de enfermedad promedio fue 3,5 días, el 68% manifestó un tiempo de enfermedad menor de 72 horas; respecto a la manifestación clínica, en la totalidad de enfermos tuvieron dolor abdominal repartiéndose un 43% en la secuencia clásica y consecuentemente tenemos náuseas 73%, vómitos 63%, hiperoxia 52%, el signo más común fue el clásico Mac Burney en un 96.5%, Psoas(+) en un 73,7%, fiebre en un 43,8%; respecto a la automedicación el 53% de los pacientes señaló que ingirió al menos un analgésico o antibiótico antes de acudir a emergencia; respecto a comorbilidades se indicó que un 23% tuvo enfermedades cardiovasculares, de las cuales 22 pacientes tuvieron hipertensión arterial, el 14% tuvieron enfermedades pulmonares; el 23%, enfermedades gastrointestinales donde están los problemas dispépticos inespecíficos, problemas

úlceras pépticas o gastritis, colecistitis crónica entre otros; 15% de los enfermos tuvieron problemas genitourinarios y se halló 12 casos que transcurrió con infección urinaria. El 4% tenía diabetes mellitus. ⁽¹¹⁾

Ruiz *et al* (2014). Realizaron una investigación de tipo retrospectivo comparativo donde el objetivo fue determinar la diferencia entre el adulto joven y el adulto mayor sobre sus características epidemiológicas, clínicas y comorbilidades asociadas en el Hospital Regional de Loreto. La población tomada fue de 121 adultos mayores y el 14% correspondió a la población de tercera edad con diagnóstico de apendicitis aguda. ⁽⁹⁾

Miranda *et al* (2012) Realizaron una investigación de tipo retrospectivo donde el objetivo fue determinar las manifestaciones clínicas, de laboratorio y hallazgos de imagen en el Hospital Nacional de Cajamarca en pacientes de la tercera edad de una población total de 115 enfermos adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda donde se obtuvo como resultados, respecto al rango de edades entre 60 - 69 con un 61%(N=38), con menos, encontramos entre 70 y 80 años con un 32% y entre los 80 - 90 años de edad encontramos un 8%, según el género no existió diferencia entre el sexo masculino y femenino, ambos poseen el 50%(N=31); El inicio de síntomas a lo que se refiere al tiempo de ingreso a emergencia fue más de 24 horas en el 83% (N=51); según la manifestación clínica se presentó en la mayoría de pacientes un dolor más frecuentemente de tipo difuso, cólico de regular intensidad, la clínica más común fueron vómitos (53%) e hiporexia (45%), el signo de Mac Burney con un 85% siendo el más común y el signo de rebote con el 74% sobre esta población. ⁽¹⁵⁾

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. APÉNDICE CECAL:

- Embriología:

El apéndice cecal embriológicamente nace del intestino medio, junto con el intestino delgado medio, ciego, colon ascendente y la mitad derecha del colon transversal y su irrigación de todos, siendo por la arteria mesentérica superior⁽¹⁷⁾ Hacia la sexta semana a partir de la yema cecal, que es una pequeña dilatación de forma cónica, rama caudal del asa intestinal primaria, el extremo distal forma un divertículo delgado llamado posteriormente apéndice que se desarrolla durante el descenso del colon, por ello se adoptan dos posiciones ya sea retrocecal o retrocólica. ⁽¹⁸⁾

- Anatomía:

El apéndice cecal, llamada también apéndice vermicular es un divertículo intestinal ciego, que tiene como origen la cara posteromedial del ciego, con una longitud de aproximadamente 6-10cm.¹⁹ Su forma es la de un tubo cilíndrico flexuoso, y su ubicación es en el cuadrante inferior derecho abdominal.²⁰ Presenta un corto mesenterio de forma triangular "mesoapéndice", la cual inicia de la cara posterior del mesenterio de la porción terminal del íleon, que se junta al ciego y a la porción proximal del apéndice cecal, su relación con el ciego es constante, pero pueden surgir variantes posicionales del ciego a causa de una alteración en la rotación del ciego durante la vida embrionaria. ²¹ Ello determina las diferentes posiciones ya sea anterior, medial, posteromedial, retrocecal, pélvica, subcecal, preileal, pericólica derecha, siendo la más común la retrocecal. ⁽¹⁹⁾

Respecto a su vascularización, el apéndice cecal se encuentra irrigada por la arteria apendicular rama de la arteria ileocólica; el drenaje venoso lo aporta una tributaria de la vena mesentérica superior, la vena ileocólica. ⁽⁸⁾

El drenaje linfático termina en la cadena ganglionar ileocólica, recibe inervación simpática que inicia de los ganglios celiacos y mesentéricos superiores a través del plexo solar, así como inervación parasimpática que inicia del nervio vago y la inervación sensitiva resulta del 8vo nervio torácico espinal. ⁽²⁰⁾

- Histología:

Presenta 4 capas al igual que el resto del colon que son: la serosa, muscular, submucosa y mucosa. ⁽²¹⁾

En la mucosa encontramos: epitelio cilíndrico simple con presencia de células caliciformes, corion con numeroso MALT y compuestos folículos, linfoides y muscular de la mucosa (muscularis mucosae). La submucosa está compuesta por el tejido conjuntivo laxo muy vascularizado con pequeños ganglios de neuronas motrices parasimpáticas y delgados nervios mielínicos y amielínicos. ⁽²²⁾

La muscular externa está compuesta por músculo liso unitario o visceral ricamente inervado con pequeños ganglios parasimpáticos y la serosa conformada por epitelio escamoso simple. ⁽²²⁾

- Fisiología:

Como se sabe la presencia del tejido linfático en la submucosa, hace de él un órgano inmunitario que de forma activa secreta inmunoglobulinas, principalmente Ig A, que predomina en las secreciones seromucosas del organismo, aparte de ello la secreción espesa de la mucosa constituye un reservorio de bacterias cólicas importante para los procesos digestivos ⁽²⁰⁾

2.2.2. APENDICITIS AGUDA:

La apendicitis aguda abarca el 60 % de las urgencias quirúrgicas abdominales donde afecta al 5 – 15% de la población total; hay una mayor incidencia en la segunda y tercera década para disminuir en las edades extremas, sin desigualdad respecto al sexo. ⁽¹⁷⁾

Es la inflamación del apéndice cecal, que generalmente se presenta por la obstrucción luminal y que tiene como causas el acúmulo de materia fecal (fecalitos), hiperplasia linfoidea, o por presencia de algún cuerpo extraño (por ejemplo, la presencia de parásitos (oxiuros, áscaris)), por desarrollo de tumores los más frecuente son los carcinoides, también asociado a la inflamación local del apéndice cecal por algún tipo de agente infeccioso. ⁽²⁷⁾

Como bien se mencionó predomina en la población de segunda y tercera década de vida, pero con el tiempo se ha ido modificando y la incidencia sobre el paciente adulto mayor se ha visto en ascenso. ⁽¹⁾

Siendo su morbilidad y mortalidad de altos índices, por el retraso y demora en su diagnóstico, se necesita establecer procedimientos y tratamiento quirúrgico oportuno para disminuir las complicaciones post-quirúrgicas. ⁽¹⁵⁾

- ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Factor principal:

Obstrucción luminal del apéndice cecal:

La hiperplasia de los folículos linfoides submucosos (60%), son frecuentes en jóvenes. ⁽²³⁾

Por fecalitos, que es más frecuente en los adultos (35%). ⁽⁶⁾

- Representan el 75% de las apendicitis gangrenosas.
- Casi todos los fecalitos son radiopacos.

Como otras causas, se tienen:

- Cuerpos extraños (4%)
- Tumores (0,1% - 1%), la mayoría carcinoides.

- FISIOPATOLOGÍA

De las teorías más aceptadas actualmente, la principal que ya se mencionó es la obstrucción luminal del apéndice cecal como principal factor desencadenante, por acumulación de secreciones como mucus que no han sido drenadas, donde se crea un ambiente idóneo para la proliferación de bacterias, proceso inflamatorio, todo ello altera la presión de la luz apendicular. ⁽²³⁾

La distensión en la pared, como estímulo a nivel de los nervios, se manifiesta como un dolor visceral en el paciente, que va afectando la presión venosa seguido de la arterial, lo cual conlleva a una isquemia del tejido con la producción de úlceras, se expresa con signos y síntomas: fiebre, leucocitosis, la taquicardia, seguido de necrosis con perforación del órgano, con formación de absceso localizado o peritonitis por contaminación de los microorganismos, haciendo sepsis, falla multiorgánica y finalmente a la muerte. ⁽²⁷⁾

- BACTERIOLOGÍA

Los microorganismos más frecuentes que se han encontrado en un apéndice perforada:

Escherichia coli y *Bacteroides fragilis*.

- **Aerobios y facultativos:** Se tiene a la *Escherichia coli*, *Pseudomona Aeruginosa*, las especies de *Klebsiella*, *Streptococcus anginosus* y *enterococcus*.
- **Anaerobios:** *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus* y así también especies de *Clostridium*.

- ESTADIOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Los 4 estadios evolutivos son:

- **Apendicitis Aguda Gangrenosa o congestiva:**

Se caracteriza por la presencia de un apéndice edematosa y con presencia de erosiones, con aspecto macroscópico normal. ⁽¹⁵⁾

- **Apendicitis aguda flemonosa o supurada:**

Presencia de proliferación bacteriana en todas las capas, con ulceraciones y serosa hiperémica recubierta de exudado fibrinoso. ⁽²⁰⁾

- **Apendicitis aguda gangrenosa o necrótica:**

Presencia de exudado peritoneal purulento, con presencia de microabscesos, placas de necrosis, un apéndice distendido y rígido que suele evolucionar a perforación.

- **Apendicitis aguda perforada (48 horas)**

Se describe con la presencia de zonas de necrosis con perforación y contaminación de la cavidad abdominal.

Con peritonitis circunscrita (más frecuente), con adherencias, dando lugar a un plastrón (no purulento) o un absceso. ⁽²⁴⁾

- MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se dividen en dos:

Fase visceral: Como síntoma más frecuente es el dolor abdominal, que se le agrega también síntomas como náuseas, anorexia. ⁽¹⁴⁾

Acorde a la cronología de Murphy, descrita en 1902 (60% de casos). ⁽²⁰⁾

Dolor visceral con una intensidad de dolor moderada, se localiza en un inicio en epigástrico, que después de 4 – 12 hrs. iniciado el cuadro se afecte el peritoneo parietal, se inicia:

Fase Somática: el dolor se irradia hacia la fosa iliaca derecha, que complica el cuadro con movimientos y el aumento de la presión en el abdomen.¹⁶

Se le agrega:

- Anorexia que generalmente se encuentra la mayoría de casos, sumado náuseas y en menor proporción los vómitos, que no son prolongado, ni profusos. (estos síntomas son después de que se ha iniciado el dolor).
- Alza térmica superior a 39° se asocia con la taquicardia

Entre otros signos se encuentran:

- **Fosa iliaca derecha conocido también como el punto de Mc Burney:** (se considera como la unión de los 2/3 proximales con el tercio distal respecto a la unión de línea que forma entre el ombligo y la EIASP lado derecho).
- **Signo de Blumberg:** Es la Presentación de dolor cuando se procede hacer una maniobra de descompresión en la FID, indicación de irritación en el peritoneo.
- **Signo de Rovsing:** Si se presiona en el cuadrante inferior izquierdo, presenta dolor del lado contralateral, es decir lado derecho, también es indicador de peritoneal.

Presencia de hiperestesia cutánea en las zonas inervadas por los nervios raquídeos de lado derecho, en: T10, T11 y T12.

Signos de Defensa:

- **Signo del Psoas:** Se presenta cuando el apéndice se localiza en pelvis, le pedimos al paciente que se ponga en posición decúbito lateral izquierdo.

Seguidamente que estire el muslo derecho, encontrándose positivo si hay dolor. ⁽²⁸⁾

- **Signo del Obturador:** Se presenta dolor en hipogastrio, cuando paciente realiza rotación interna del muslo derecho en flexión, indica irritación que es cercana a nivel del músculo del obturador interno.
- **Signo de Aaron:** Se presenta con a nivel del epigastrio o precordial cuando se palpa la FID. ⁽⁶⁾

- **DIAGNÓSTICO**

Su diagnóstico es puramente clínico:

▪ **Estudios de laboratorio:**

Hemograma no es específico, sin embargo:

- Presencia de leucocitosis, predominio de PMN's con desviación izquierda > 10,000/ mm³, acompañado de neutrofilia y leucopenia, en la mayoría de casos.
- Prueba de orina: es normal, no hay presencia de bacterias, pero si se encuentran < 30 células por campo de leucocitos y glóbulos rojos. ⁽⁶⁾

▪ **Estudio de imágenes:**

- En una radiografía simple presenta poca especificidad, pero nos sirve para descartar otros diagnósticos diferenciales, pero donde se puede encontrar presencia de distensión asociado con niveles hidroaéreos que se localizan en el íleon terminal (CID) ¹⁷

Presencia de material fecal o contenido gaseoso en el lumen del apéndice.

- Ecografía: para observar la presencia de abscesos.
- Ultrasonido: Con alta sensibilidad y especificidad, se observa un apéndice cecal de morfología tubular, no hay peristalsis y tampoco es compresible, su diámetro es > 0.6 cm. ⁽¹⁵⁾
- Tomografía Computarizada: Con una especificidad del 95%, permite la observación de un apéndice de morfología alterada con un diámetro > 0.6 cm. y presencia de material fecal, con afectación de la grasa que se encuentra alrededor del apéndice cecal. ⁽¹⁵⁾

Útil para pacientes que se encuentren en alto riesgo como niños, adultos mayores e inmuno suprimidos. ⁽¹⁴⁾

- Laparoscopia, usado generalmente en mujeres para duda diagnóstico, por cuadros de origen gineco- obstétrico, sirve también el apoyo como tratamiento (apendicetomía laparoscópica)

En el paciente adultos mayor el diagnóstico:

Para el caso de pacientes con un tiempo de evolución y con sintomatología atípica, suele ser de gran dificultad para el médico, cuando se elabora la historia clínica, al no hacer una adecuada anamnesis y posteriormente el examen físico, porque la mayoría de esta población suelen acudir a consultorio o por emergencia en estadios más avanzados. ⁽¹⁾

Según la literatura, el adulto mayor suele demorar hasta tres días debido a la consideración de los riesgos propios de la edad, otras comorbilidades, que solapan el diagnóstico ya sea algún tipo de neoplasia y la diverticulitis. ⁽¹⁵⁾

En lo que refiere a la clínica los pacientes de la tercera edad presentan un dolor abdominal agudo vago o aún sin dolor, que no guarda relación a cronología de Murphy, y que además de ello estos pacientes desarrollan problemas del hábito evacuatorio, según un estudio prospectivo multicéntrico. ⁽¹⁶⁾

Según los antecedentes en la mayoría de casos de este grupo de pacientes de tercera edad donde sus estudios de laboratorio presentan gran leucocitosis, y que además la ecografía es de gran valor en ellos, ya que, por la prolongación de tiempo y la expresión de síntomas, se termina encontrando un apéndice en estadios más avanzados con inflamación cecal, facilitando su diagnóstico.

- TRATAMIENTO

Como tratamiento electivo es la apendicitis aguda, acorde a que estadio se encuentre si es temprano la apendicectomía y si es tardío se debe iniciar con un tratamiento conservador, es decir antibioticoterapia y fluidos por vía endovenosa, seguido un drenaje en casos de abscesos. ⁽²¹⁾

Se puede realizar el tratamiento por Apendicectomía abierta, que es la tradicional pero que con el paso del tiempo y avance tecnológico para una menor invasión se encuentra la laparoscopia.

En principio por laparoscopia:

Es preferible en obesos, peritonitis aguda difusa y dudas diagnósticas, sobre todo en mujeres en edad fértil. (21)

No se debe realizar en apéndices perforadas o que presente absceso apendicular.

En casos de una apendicitis aguda perforada seria:

- Cirugía
- Reposición hidroelectrolítica).
- Antibioterapia sistémica y aspiración nasogástrica.

Si hay presencia de plastrón (más de 48 horas)

- Reposo físico y digestivo.
- Antibioterapia
- Cirugía electiva a los 2 – 4 meses (operación urgente del plastrón)

La cirugía como manejo tradicional, ya sea para una apendicitis complicada y no complicada, es la apendicectomía, se relaciona con baja morbilidad y mortalidad. Según la tasa de complicaciones durante la operación varía entre el 2,5 hasta 48%. Con el transcurrir de los años las técnicas han mejorado después de ser procedimiento abierto a otros de procedimientos de menos invasión, como ya existe hoy en día la llamada laparoscopia convencional, cirugía por orificios naturales e incluso un abordaje endoscópico.

Según el Dr. Eduardo Barboza refiere que gracias a los diferentes estudios sobre el abordaje de la apendicitis aguda se ha determinado que la laparoscopia es procedimiento útil y eficaz para el manejo de apendicitis disminuyendo el menor riesgo para el paciente, disminuye el porcentaje de infecciones de la herida posquirúrgica, así como como la disminución del tiempo de hospitalización intrahospitalaria, sin embargo la frecuencia de abscesos intraabdominales ha aumentado en diferentes estudio se recomienda que su uso solo sirva en casos de

apendicitis no complicada y si hubiera complicación, la cirugía abierta es de mejor elección. ⁽²⁸⁾

Se ha demostrado de igual forma que haciendo el uso precoz de la laparoscopia en pacientes con datos en duda sobre el diagnóstico favorece a sea certero, siendo una limitación que la mayoría de los hospitales no cuente con este procedimiento quirúrgico y si tienen este recurso la problemática es el costo muy elevado. Cabe mencionar el tiempo de espera para realizar la cirugía, con mayor riesgo de complicaciones como perforaciones u otras.

Entre otras técnicas se menciona la técnica endoscópica como la canulación del lumen apendicular, la solución de la obstrucción apendicular y la colocación de una endoprótesis para que no vuelva a producirse y disminuir los casos de reseccionar los apéndices sin complicaciones algunos llamados sanos, con una efectividad según mencionan del 97%. ⁽²⁴⁾

En un tiempo de este proceso es de aproximadme de 30 minutos y estadía de la hospitalización es de 5,5 días, pero llevarla a cabo requiere de un conjunto de procedimientos para preparación especial, con los instrumentos específicos para ello. ⁽²⁴⁾

Manejo mediante antibióticos:

Importante identificar el inicio correcto del uso, del tipo y el tiempo de antibiótico que es necesario debido a la resistencia antimicrobiana que puede generarse, cubriendo con ello tanto los microorganismos aerobios y anaerobios. ⁽¹²⁾

Se tiene las cefalosporinas e imidazoles, también el uso de metronidazol oral antes de la operación es suficiente para el tratamiento de apendicitis fuese no complicada y es muy parecido con el uso del mismo antibiótico de forma EV.

También se ha visto en otras literaturas que la utilización de cefotaxima y metronidazol tienen una menor tasa en realizar infección en comparación con otros esquemas en los cuales se incluye la gentamicina o ciprofloxacino unidos con metronidazol. ⁽¹⁴⁾

Respecto al tiempo y al inicio de antibiótico y sobre su duración, es recomendable que el enfermo con apendicitis debe tratarse con antibióticos de amplio espectro antes de la operación una incisión en un tiempo de 30 minutos a 1 hora, de esta manera el tratamiento se usará solo en pacientes de posibles complicaciones y la suspensión del antibiótico solo dependerá de la clínica y exámenes de laboratorio del paciente. ⁽²⁵⁾

Como profilaxis es importante la administración de una dosis de antibiótico, pero de esquemas más cortos, si es una apendicitis complicada sería durante 3 a 5 días, o bien se suspende ante la resolución de la fiebre, leucocitos normales, tolera las comidas, no haya dolor y se pueda mantener de forma independiente. ⁽²⁴⁾

- **COMPLICACIONES**

Las diferentes complicaciones que se dan propios de este grupo de tercera edad por los diferentes factores que influyen tal es el tiempo de desarrollo de enfermedad, con un número mayor de tres días. ⁽²²⁾

El tiempo superior a 36 – 48 horas. y el paso a ser una apendicitis aguda complicada aumenta el riesgo de morbimortalidad. ⁽⁵⁾

Entonces ante un enfermo geriátrico con un cuadro atípico de apendicitis aguda hay una alta probabilidad de sufrir complicaciones como:

- Perforación
- Peritonitis.
- Flemón apendicular
- La Piletromboflebitis supurativa,
- La obstrucción intestinal
- La más frecuente: Infección por herida quirúrgica

2.3 Marco Conceptual

Según la literatura la apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica de abdomen agudo quirúrgico más frecuente en los pacientes que se encuentran en la segunda y tercera década de vida, Siendo importante el estudio sobre este grupo de pacientes de tercera edad por la mayor incidencia de apendicitis perforadas y las diferentes complicaciones postoperatorias a causa de la demora de un tratamiento quirúrgico oportuno, con ello una mayor morbimortalidad que se relaciona con el retraso en el diagnóstico.

La presentación en los adultos mayores es variable generalmente no siguen la secuencia clásica, con manifestaciones de manera atípica o incompleta debido a los cambios pato fisiológicos propios de su edad, resultando dificultoso que estos pacientes reciban la atención médica necesaria a tiempo, otros factores como patología preexistente cardiovasculares, gastrointestinales, genitourinario, ingestión medicamentos causa de dolor por el episodio actual se suman a la demora de este cuadro.

2.4 Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general:

Debido que el presente trabajo es descriptivo no se presenta hipótesis.

2.4.2. Hipótesis específica:

H_1 Existen características demográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H_0 No existen características demográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H_1 Si existe características clínicas a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H_0 No existe características clínicas a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H_1 Si existe características sobre comorbilidades a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H_0 No existe características sobre comorbilidades a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H_1 Si existe características sobre la automedicación a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H_0 No existe características sobre la automedicación a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H_1 Si existe diferencias características en los pacientes adultos mayores (<70 vs. >70) con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

H₀ No existe diferencias características en los pacientes adultos mayores (<70 vs. >70) con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

2.5 Variables:

- Características de los pacientes:

- Demográficos.
- Clínica
- Comorbilidad
- Automedicación

2.6 Definición de conceptos operacionales

- **Demográficos.**

1. Sexo: Conjunto de características peculiares de un género.
2. Procedencia: Zona determinada donde habitan cada persona.
3. Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento
4. Estado civil: Situación de relación social de la persona.
5. Ocupación: Actividad o trabajo de la persona.
6. Nivel de instrucción: grado de estudios más elevado.

- **Clínica:**

Sintomatología frecuente de los adultos mayores diagnosticados con apendicitis aguda siendo los síntomas los siguientes:

1. Fiebre: Temperatura corporal mayor de 37C°

2. Dolor abdominal: Dolor localizado en fosa iliaca derecha, Mac burney + (Dolor al rebote o descompresión en fosa iliaca derecha) o si el dolor es difuso.
3. Anorexia: Trastorno y disminución alimentario
4. Náuseas y vómitos: Sensación de ganas de vomitar.

- **Comorbilidad**

Registro de antecedentes patológicos en los enfermos adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda ya pudiendo se cualquier de estas siguientes comorbilidades:

1. Comorbilidad cardiovascular
2. Comorbilidad endocrinológica
3. Comorbilidad gastrointestinal
4. Comorbilidad genitourinaria

- **Automedicación**

Consumo de medicamentos que se auto - administra el adulto mayor durante el episodio actual por dolor u otra molestia.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

Es un estudio observacional, transversal y retrospectivo ya que se describirán las características demográficas, clínicas, comorbilidades, automedicación en pacientes adultos mayores con apendicitis aguda.

3.1.2 Nivel de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo.

3.2 Población y Muestra

3.2.1. Población:

Para la presente investigación se consideró a los pacientes adultos mayores que ingresan por emergencia y que son atendidos con apendicitis aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.2.2. Criterios de Selección:

Parámetros dentro de los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con rango de edad de 60 y menores de 99 años.
- Pacientes que ingresan por emergencia
- Pacientes con historias clínicas adecuadamente llenadas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con un diagnóstico diferente al de apendicitis aguda.
- Pacientes menores de 60 años y mayores de 99 años.
- Pacientes con historias clínicas incompletas.

3.2.3. Tamaño de Muestra:

- Debido a que se trabajó con la toda poblacion no fue necesario hacer el cálculo de un tamaño de una muestra.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica a desarrollar es la toma de información que se realizó mediante la elaboración de una ficha de recolección de datos, la cual fue dirigida a una muestra total de 82 pacientes que fueron atendidos por el área de Emergencia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero del 2013 hasta abril del 2018. Los instrumentos usados correspondieron a una ficha de recolección de datos elaborada en base a los objetivos planteados en la investigación; que constó de un apartado para los datos de filiación como el número de historia clínica y 5 ítems que ayudaron a identificar las variables en estudio: Sexo, edad desde los 60 hasta los 99 años, comorbilidades que presentan (Diabetes Mellitus, HTA, cardiopatía y obesidad) y sobre si se hubo automedicación o no.

3.4 Diseño de recolección de datos

Se analizarán mediante tablas y graficas a través del programa Excel 2019, que nos permite obtener estadísticas descriptivas y realizar análisis estadísticos que sean necesarios para el estudio.

3.5 Procesamiento y análisis de datos

Se empleará la técnica de fuente directa brindada por las historias clínicas y se utilizará como instrumento la ficha de recolección de datos en el programa Excel versión 2019 donde los datos recolectados indicarán el porcentaje de las características demográficas, clínicas, comorbilidad y la automedicación en pacientes adultos mayores.

3.6 Aspectos éticos

Este trabajo contará la aprobación del comité de ética de la universidad san juan bautista, también se presentará el permiso y la documentación correspondiente al Hospital de Nacional Hipólito Unanue usando el Formato Único de Trámite, para el acceso de los datos al área de Estadística, el presente estudio es retrospectivo no necesitará la firma de consentimiento informado. Además, los datos personales no serán publicados y se respetará el derecho de

confidencialidad de los datos de los pacientes y se seguirán los principios de la declaración de Helsinki y el código Nuremberg.

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados

TABLA 01

Características generales de los pacientes adultos mayores con en el diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año enero 2013 – abril 2018.

CARACTERÍSTICAS		N°	%
Sexo	Masculino	57	69,5
	Femenino	25	30,5
Grupo de Edades	60-69	28	34,1
	70-79	29	35,4
	80-89	16	19,5
	90-99	9	11,0
Procedencia	Urbano	69	84,1
	Rural	13	15,9
Estado Civil	Soltero	14	17,1
	Casado	68	82,9
Ocupación	Agricultor	8	9,8
	Profesional	32	39,0
	Comerciante	8	9,8
	Albañil	7	8,5
	Otros	27	32,9
Grado de Instrucción	Ninguno	7	37,8
	Primaria	31	14,6
	Secundaria	12	39,0
	Superior	32	8,5
TOTAL		82	100,0

Interpretación:

- Según la tabla la característica respecto al sexo en un total de 82 pacientes el sexo masculino tuvo mayor predisposición con un 69,5%(n=57) y el femenino con un 30,5%(n=25).
- Según la tabla la característica respecto a las edades sobre los adultos mayores que tuvieron diagnóstico tardío de apendicitis aguda fue más frecuente entre los 70 – 79 años con el 35,4% (N=29), seguido entre los años 60 – 69 años con el 35,4% (N=28), 80-89 años con el 19,5% (N=16) y por último entre los 90 – 99 años con el 11,0% (N=9).
- Según la tabla la característica respecto según su procedencia en un total de 82 pacientes, los procedentes de un lugar urbano tuvo mayor predisposición con un 84,1%(n=69) y el rural con un 15,9%(n=13).
- Según la tabla la característica respecto según su estado civil en un total de 82 pacientes, los casados tuvieron mayor predisposición con un 53,7%(n=44) y los solteros con un 46,3%(n=38).
- Según la tabla la característica respecto a la ocupación en un total de 82 pacientes la que tuvo mayor predisposición son los profesionales respecto a lo nombrado con un 39,0%(n=32), seguido por los que trabajaron en otras cosas con un 32,9%(n=27), luego hay una igualdad entre los agricultores y comerciantes con un 9,8%(n=8) y por último los albañiles con un 8,5%(n=7).
- Según la tabla la característica respecto a su grado de instrucción en un total de 82 pacientes los que obtuvieron un grado de estudio superior tuvo mayor predisposición con un 39,0%(n=32), seguido por el estudio primario con un 37,8%(n=31), luego por el grado secundario con un 14,6%(n=12) y por último los que no tenían ningún estudio con un 8,5%(n=7).

TABLA 02

Características Clínicas de los pacientes adultos mayores con en el diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año enero 2013 – abril 2018.

CARACTERISTICAS		N°	%
Fiebre	≤ 37C°	24	29.3
	≥37C°	58	70.7
Dolor Abdominal	FID	29	35.4
	Mac burney +	7	8.5
	Difuso	46	56.1
Anorexia	Si	65	79,3
	No	17	20,7
Nauseas	Si	69	84,1
	No	13	15,9
TOTAL		82	100,0

Interpretación:

- Según la tabla la característica respecto si tuvieron fiebre en un total de 82 pacientes el que tuvo mayor predisposición con un 63,4%(n=58) fueron los que tuvieron una temperatura >37c° y los que tuvieron una temperatura de <37c° con 29,3%(n=24).
- Según la tabla la característica respecto al tipo de dolor abdominal en un total de 82 pacientes los que solo obtuvieron un dolor de tipo difuso tuvo mayor predisposición con un 56,1%(n=46), seguido por el de tipo de dolor en FID con un 35,4%(n=29) y por último el de Mac burney + con un 8,5%(n=7).
- Según la tabla la característica respecto si tuvieron anorexia en un total de 82 pacientes el que tuvo mayor predisposición con un 79,3%(n=65) fueron los que tuvieron anorexia y los que no tuvieron anorexia con un 20,7%(n=17).

- Según la tabla la característica respecto si tuvieron náuseas en un total de 82 pacientes el que tuvo mayor predisposición con un 84,1%(n=69) fueron los que tuvieron náuseas y los que no tuvieron náuseas con un 15,9%(n=13).

TABLA 03

Características sobre las comorbilidades en los pacientes adultos mayores con en el diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año enero 2013 – abril 2018.

COMORBILIDADES	N°	%
Cardiovascular	36	43,9
Endocrinológico	15	18,3
Gastrointestinal	25	30,5
Genitourinario	6	7,3
TOTAL	82	100,0

Interpretación:

- Según la tabla la característica respecto a las comorbilidades en un total de 82 pacientes los de mayor predisposición fueron los que tenían una comorbilidad cardiovascular con un 43,9%(n=36), seguido por la comorbilidad gastrointestinal con un 30,5%(n=25), luego por la comorbilidad endocrinológico un 18,3%(n=15) y por último la comorbilidad genitourinaria con un 7,3%(n=6).

TABLA 04

Características sobre la automedicación en los pacientes adultos mayores con en el diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año enero 2013 – abril 2018.

AUTOMEDICACIÓN	N°	%
SI	80	97,6
NO	2	2,4
TOTAL	82	100,0

Interpretación:

- Según la tabla la característica respecto si se automedicaron en un total de 82 pacientes el que tuvo mayor predisposición con un 97,6%(n=80) fueron los sí se automedicaron y los que no se automedicaron con un 2,4%(n=2).

TABLA 05

Características en los pacientes adultos mayores (<70 vs. >70) con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.

CARATERISTICAS		<70	>70	TOTAL
Sexo	Masculino	19	38	
	Femenino	14	11	82
Procedencia	Urbano	13	56	
	Rural	8	5	82
Grado de Instrucción	Ninguno	5	2	
	Primaria	15	16	
	Secundaria	8	4	
	Superior	9	23	82
Fiebre	≤ 37C°	14	10	
	≥37C°	43	15	
Dolor Abdominal	FID	11	18	
	Mac burney +	4	3	
	Difuso	20	26	82
Anorexia	Si	35	30	
	No	7	10	82
Comorbilidades	Cardiovascular	15	21	
	Endocrinológico	12	3	
	Gastrointestinal	17	8	
	Genitourinario	3	3	82

AUTOMEDICACIÓN	SI	45	35	
	NO	2	0	82

Interpretación:

- Según la tabla la característica respecto al sexo en un total de 82 pacientes, los adultos mayores de 70 años obtuvieron en sexo masculino N = 38 ,sexo femenino N = 11 y los menores de 70 años obtuvieron en sexo masculino N = 19, sexo femenino N = 14.
- Según la tabla la característica respecto al procedencia en un total de 82 pacientes, los adultos mayores de 70 obtuvieron respecto a zona rural N = 5, zona urbana N = 56 y los menores de 70 años obtuvieron respecto a zona rural N = 8, zona urbana N = 13.
- Según la tabla la característica respecto a su grado de instrucción en un total de 82 pacientes adultos mayores de 70 años, obtuvieron un grado de estudio superior N= 23, por el estudio primario N= 16, El grado secundario con un N= 4 , los que no tenían ningún estudio con un N= 2 y los pacientes adultos menores de 70 años, obtuvieron un grado de estudio superior N= 9, por el estudio primario N= 15, El grado secundario con un N= 8 , los que no tenían ningún estudio con un N= 5.
- Según la tabla la característica respecto a la fiebre en un total de 82 pacientes, los adultos menores de 70 años tuvieron predisposición con N = 43 a comparado de los menores de 70 años que tuvieron fiebre N = 15.
- Según la tabla la característica respecto al tipo de dolor abdominal en un total de 82 pacientes, a lo que se refiere a dolor FID hubo más predisposición en los mayores de 70 años que tuvieron N = 18 a comparado de los menores de 70 años que tuvieron N = 11, a lo que se refiere signo clínico Mac burney + hubo más predisposición en los menores de 70 años que tuvieron N = 4 a comparado de los mayores de 70 años que tuvieron N = 3 , a lo que se refiere a un dolor difuso hubo más predisposición en los mayores de 70 años que tuvieron N = 26 a comparado de los menores de 70 años que tuvieron N = 20.

- Según la tabla la característica respecto a la anorexia en un total de 82 pacientes, los adultos menores de 70 años tuvieron predisposición con N = 35 a comparado de los mayores de 70 años que tuvieron anorexia N = 30.
- Según la tabla la característica respecto a las comorbilidades en un total de 82 pacientes, a lo que se refiere a problemas cardiovasculares hubo más predisposición en los mayores de 70 años que tuvieron N = 21 a comparado de los menores de 70 años que tuvieron N = 15, a lo que se refiere a problemas endocrinológico hubo más predisposición en los menores de 70 años que tuvieron N = 12 a comparado de los mayores de 70 años que tuvieron N = 3 , a lo que se refiere a problemas gastrointestinal hubo más predisposición en los menores de 70 años que tuvieron N = 17 a comparado de los mayores de 70 años que tuvieron N = 8, a lo que se refiere a problemas genitourinario no hubo predisposición para ninguno obteniendo en los mayores de 70 años N = 3 y los menores de 70 años N = 3.
- Según la tabla la característica respecto a la automedicación en un total de 82 pacientes, los adultos menores de 70 años tuvieron predisposición con N = 45 a comparado de los mayores de 70 años que tuvieron anorexia N = 35.

4.2 Discusión

La apendicitis aguda en un paciente adulto mayor es un reto para el médico, ya que esta población se acompaña de diferentes comorbilidades, diferenciación de clínica a comparación de un adulto joven y como la mayoría de estas personas se automedicación dificultan el diagnóstico así que, por cualquier demora en el diagnóstico y el tratamiento, aumenta de manera significativa la morbilidad y mortalidad de la sepsis abdominal en estos pacientes.

Según Radamés en su estudio, Los pacientes adultos mayores que recibieron tratamiento quirúrgico con diagnóstico de apendicitis aguda fue entre las edades de 60 y 69 años y el síntoma que predominó en edades más tempranas fue el dolor típico (un dolor abdominal que se le agrega náuseas y vómitos).⁽¹⁰⁾

En nuestro estudio el síntoma que más prevalencia, fueron las náuseas y vómitos con un 84,1% seguido por la anorexia con 79,3% y tercero un dolor de tipo difuso con un 56,1% de un total de 82 pacientes.

Según Salahuddin, sobre 75 pacientes adultos mayores, señaló que tampoco hubo diferencia respecto al sexo a comparación con nuestro estudio que fue a predominio del sexo masculino con un 69,5%.⁽¹²⁾

Respecto a la prevalencia según el rango de edades en nuestro estudio sobre los adultos mayores que tuvieron diagnóstico de apendicitis aguda, la más frecuente fue entre los 70 – 79 años con el 35,4% que difiere en investigaciones como el de Radamés¹⁰ donde se encontró que el rango de edad fue a predominio entre 60 – 69 años con un 55,8%; también en el estudio de Pol¹⁶ refiere que los pacientes adultos mayores atendidos con diagnóstico de apendicitis aguda fueron predominantes al sexo masculino y en rango de edad entre los 60 y 69 años de edad.

Según Álvarez en su trabajo sobre la apendicitis aguda en pacientes mayores de 70 años refiere que las comorbilidades más frecuentes fueron problemas cardiacos, tal es el caso de un estudio de Ruiz⁹ que se encontró que la hipertensión arterial es la que más prevalencia presenta en su estudio de 100 pacientes mayores de 60 años.⁽¹⁷⁾

Según Chian que su estudio se refiere sobre comorbilidades, como resultado la más frecuente de los problemas fueron cardiovasculares con un 23% (con un 22% pacientes con hipertensión arterial), un 14% presentaron problemas de origen pulmonar; 23% refirió problemas gastrointestinales que incluyeron trastornos dispépticos inespecíficos, enfermedad úlcero-péptica o gastritis, colecistitis crónica entre otros; 15% de los pacientes indicaron antecedentes de patología renal. ⁽¹¹⁾

En nuestro estudio tuvimos como resultado que los problemas cardiovasculares predominaron con un 43,9%, siguiéndole el endocrinológico con un 18,3%, luego el Gastrointestinal con un 30,5% y por último el genitourinario con un 7,3%.

Según La Mura con su estudio sobre Apendicitis Aguda en el paciente geriátrico, se obtuvo que el 66 % se auto medicaba con algún medicamento analgésico, y esto se debe tomar en cuenta ya que la automedicación dificulta el diagnóstico de apendicitis aguda. ⁽⁸⁾

Si hablamos de automedicación según nuestro estudio el 97,6% (n=80) se auto medica sin autorización médica.

CAPÍTULO V

5.1 Conclusiones

- Se logró definir que el sexo masculino es el más frecuente en pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda, siendo este un 69,5%; también los pacientes que procedían de un lugar urbano predominaban con un 84,1% y por último, los pacientes con una edad de 70-79 años predominaba con un 35,4%.
- Se encontró que en las características clínicas donde se encuentran las náuseas, vómitos, anorexia y dolor abdominal difuso; la clínica más frecuente en los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda son las náuseas.
- Se encontró que la comorbilidad más frecuente en pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda son los problemas cardiovasculares siendo la más importante la hipertensión arterial.
- Se encontró que una alta proporción de pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda que se auto medican con algún analgésico para disminuir el dolor abdominal presentado por la enfermedad.
- En cuanto a las diferencias en el rango de pacientes menores y mayores de 70 años, podemos observar que algunas características pueden tener predisposición para algunas de estas edades, pero es irrelevante para el diagnóstico de apendicitis aguda en pacientes ancianos.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda realizar charlas informativas a los pacientes adultos mayores, familiares a cargo o para aquella persona que tenga algún familiar en casa, sobre esta patología, las manifestaciones, la búsqueda oportuna de atención médica, evitando la ingesta de medicamentos sin prescripción médica, así también llevar un buen control de sus comorbilidades si las tuviera, logrando un diagnóstico precoz con tratamiento quirúrgico oportuno y con disminución de complicaciones.
- Fomentar a los médicos en general tener un alto grado de sospecha de apendicitis aguda en los pacientes adultos mayores que ingresen con dolor abdominal, y de esta manera establecer un tratamiento oportuno y disminuir las posibles complicaciones.
- Realizar un adecuado llenado de historias clínicas por parte del personal de salud.
- Se recomienda se otorguen citas precoces y consejería para aquellos adultos mayores con factores de riesgo asociado.
- Reproducir el presente estudio en un periodo de tiempo mayor y con mayor número de participante

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jorge Fallas, Apendicitis Aguda y Medicina legal Costa Rica vol.29 n.1 Heredia Mar. 2012. Disponible en:
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010
2. Treuer R. , Dolor abdominal agudo en el adulto mayor: Condes;2017. Disponible en:<https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/06/DOLOR-ABDOMINAL-AGUDO-EN-EL.pdf>
3. INEI. Estimaciones y proyecciones de población de apendicitis aguda 1950 – 2050: Perú;2015. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0466/Libro.pdf
4. Sandoval J. , Efectividad de la Apendicectomía Laparoscópica versus Apendicectomía Abierta en el Adulto Mayor en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray: Perú; 2014. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/20.500.12759/507>
5. Gutiérrez S. Factores de riesgo y complicaciones postoperatorias por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2010: Perú;2015. Disponible en:
http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1292/Gutierrez_s.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Gómez K. Factores asociados a complicaciones postoperatorias de apendicitis aguda en adultos mayores durante el periodo julio 2015 a julio del 2016 en el Hospital Rezola –Cañete: Perú; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/312/ROMERO%20ORIHUELA%2C%20JHUSARA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Sorinel G., Narcis S. Apendicitis aguda en el paciente anciano, problemas de diagnóstico, factores pronósticos y resultados;2004. Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/211/T%20617%20M672%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. La Mura F., Farinella E. Apendicitis Aguda en el paciente geriátrico: España; 2009. Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/211/T%20617%20M672%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Ruiz José. Estudio comparativo entre el Adulto Joven y Adulto Mayor del hospital Regional de Loreto enero a diciembre 2014: Perú; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3764>
10. Radamés I., Adefina P. Apendicitis aguda en el adulto mayor en el Hospital Regional: Chile;2011. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n3/cir04311.pdf>
11. Chian V., Vicuña R., Baracco V. Apendicitis aguda en el anciano, Aspectos clínicos y de laboratorio;1996. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000100004
12. Salahuddin O., Nasir M., Muhammad A. Apendicitis aguda en los ancianos; Hospital de fábricas de artillería: Pakistán;2012.
13. Brunicardi F. Schwartz: Principios de cirugía. Capítulo 30: El Apéndice.10.a edición. McGraw-Hill; 2015. pp. 1241-1259
14. Miranda Z., Adderly J. Características Clínicas de laboratorio e imagenológicas de apendicitis aguda en pacientes de la tercera edad

en el Hospital Regional de Cajamarca entre enero a diciembre del 2012: Cajamarca, Perú; 2014. Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/211/T%20617%20M672%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Herrera P., López P., León O., Cruz Juan, Satorre J. Evaluación posoperatoria de pacientes de la tercera edad con diagnóstico de apendicitis aguda: Cuba; 2014. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2014/rcc143a.pdf>
16. Corbeta R. Apendicitis Aguda en los Ancianos. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA: Paraguay; 2004. Disponible en:
<http://archivo.bc.una.py/index.php/RP/article/view/493/402#>
17. Farreras R. Tratado de Medicina Interna, 16va Edición: Madrid; 2008.
18. Sadler T. Embriología Médica- Langman. Edición 12ª: Madrid; 2012.
19. Keith M., Arthur F., Dalley M., Agur R. Anatomía con orientación clínica. 6ª. Edición: Philadelphia; 2010.
20. Freddy A., Francisco D. Factores asociados a complicaciones postoperatorias de una Apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital de Ventanilla enero-diciembre 2015: Quito, Ecuador; 2014.
21. Castagneto G., Patología quirúrgica del apéndice cecal, Cirugía digestiva; 2009. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tcuatro.pdf>

22. Dimas Denis Contreras Villa¹, Esteban Mosquera Morales, Zoila Castañeda Murcia. Histopatología de las apendicitis agudas - necrosis versus apoptosis. *Morfología* 2011 Vol. 3: 11.
23. Rebollas G., Roberto C., Álvarez G., Trejo R. Apendicitis Aguda: México; 2009. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2009/ju094g.pdf>
24. Souza L., Martínez J. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico: México; 2017. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>
25. Zubieta OG, González ACA, Cartagena SEJ, et al. Use of preoperative and postoperative antibiotics in the department of general surgery of a private hospital and a comparison with the current guidelines for antimicrobial management. *Acta Med.* 2016;14(1):12-18.
26. Herrera CL, Joffe FJ, Llamas PLE. Errores en el diagnóstico de apendicitis aguda en ancianos. Estudio de un caso clínico y revisión de la literatura. *Cir Gen.* 2016;38(3):149-157. doi:10.35366/70349.
27. Cintra Brooks, Servio Tulio, Cintra Pérez, Amara, Cintra Pérez, Servio, de la Cruz Quintero, Kirenia, Revé Machado, José P., Apendicitis aguda: aspectos esenciales. *Revista Información Científica [Internet]*. 2015; 94 (6): 1393-1405. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757221017>
28. BARBOZA B EDUARDO. Apendicitis aguda en la era de la cirugía laparoscópica. *Rev. gastroenterol. Perú [Internet]*. 2002 Oct [citado 2021 Feb 24]; 22(4): 273-274. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292002000400001&lng=es.
29. Chocce K., Salinas Brenda Josephine. Sanchez Bogdanovich, Magnolia del rosario. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda 2017. Disponible en:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6372/Caracteristicas_ChocceFalla_Karina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: LOPEZ CHUNGA COLBERT MIZAEAL

ASESOR: DR. JOSEPH PINTO OBLITAS

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: “CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2013 - ABRIL 2018”

PROBLEMAS	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE E INDICADORES
<p>GENERAL:</p> <p>PG: ¿Cuáles son las características de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Durante en el periodo enero 2013 – abril 2018?</p>	<p>GENERAL</p> <p>OG: Determinar las características de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital</p>	<p>- Hipótesis General:</p> <p>Debido que el presente trabajo es descriptivo no se presenta hipótesis.</p> <p>- Hipótesis Específica</p> <p>H₁ Existen características demográficas de los pacientes</p>	<p>VARIABLES</p> <p>DIMENSION:</p> <p>Demográficos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo 2. Edad 3. Procedencia 4. Estado Civil

<p>ESPECIFICOS:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son las características sobre comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el</p>	<p>Nacional Hipólito Unanue, Durante en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>OE 1: Identificar las características demográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>OE 2: Identificar las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de</p>	<p>adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>H₀ No existen características demográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>H₁ Si existe características clínicas a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p>	<p>5. Nivel de Instrucción</p> <p>6. Ocupación</p> <p>DIMENSION:</p> <p>Clínica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre. 2. Dolor abdominal. 2 .1. Dolor localizado en fosa iliaca derecha. 2. 2. Dolor al rebote o descompresión en FID. 3. Anorexia. 4. Náuseas y Vómitos. <p>DIMENSION:</p> <p>Comorbilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Comorbilidad Cardiovascular
---	--	--	---

<p>Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018?</p> <p>PE 4: ¿Es la automedicación una característica de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018?</p>	<p>apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>OE 3: Identificar las características sobre comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>OE 4: Identificar si la automedicación es una característica de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de</p>	<p>H_0 No existe características clínicas a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>H_1 Si existe características sobre comorbilidades a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>H_0 No existe características sobre comorbilidades a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p>	<p>2.Comorbilidad Endocrinológico</p> <p>3.Comorbilidad gastrointestinal</p> <p>4.Comorbilidad genitourinaria</p> <p>DIMENSION:</p> <p>Automedicación</p> <p>1. Tratamiento con Analgésico o Antiespasmódico.</p> <p>VARIABLE</p> <p>Diagnóstico de Apendicitis Aguda.</p>
---	--	--	--

	<p>apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p>	<p>H₁ Si existe características sobre la automedicación a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>H₀ No existe características sobre la automedicación a la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>H₁ Si existe diferencias características en los pacientes adultos mayores (<70 vs. >70) con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital</p>	
--	---	---	--

		<p>Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p> <p>H_0 No existe diferencias características en los pacientes adultos mayores (<70 vs. >70) con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero 2013 – abril 2018.</p>	
--	--	---	--

DR. JOSEPH PINTO OBLITAS
DOLORIER

ASESOR

MG. SARA AQUINO

ESTADISTICO

ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ALUMNO: LOPEZ CHUNGA COLBERT MIZAEAL

ASESOR: DR. JOSEPH PINTO OBLITAS

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: “CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2013 - ABRIL 2018”

DIMENSION DEMOGRAFICA			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD	<ul style="list-style-type: none">• Años• Cronológico	Numérica de Razón	Ficha recolección de datos
SEXO	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino	Categórica Nominal	Ficha de recolección de datos
ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Viudo• Divorciado	Categórica Nominal	Historia clínica
NIVEL DE INSTRUCCION	<ul style="list-style-type: none">• Ninguno	Categórica	Historia clínica

	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior 	Nominal	
OCUPACION	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional • Albañil • Agricultor • Carpintero • Comerciante • Maestro De Obra • Ninguno 	Categoría Nominal	Historia clínica
PROCEDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	Categoría Nominal	Historia clínica
DIMENSION CLINICA			
FIEBRE	<ul style="list-style-type: none"> • > 37C° • < 37C° 	Categoría Nominal	Historia clínica
DOLOR ABDOMINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor localizado en fosa iliaca derecha. 	Categoría Nominal	Historia clínica

	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor al rebote o descompresión en FID (Signo de Mac Burney) 		
ANOREXIA	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	Historia clínica
NÁUSEAS Y VÓMITOS	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	Historia clínica
DIMENSION COMORBILIDAD			
COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial 	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	Historia clínica
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus 	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	Historia clínica

COMORBILIDAD ENDOCRINOLÓGICO			
COMORBILIDAD GASTROINTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis • Úlcera Péptica • Colecistitis Crónica 	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	Historia clínica
COMORBILIDAD GENITOURINARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Infección del tracto orina. 	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	Historia clínica
DIMENSION AUTOMEDICACIÓN			
TRATAMIENTO CON ANALGÉSICO ANTIESPASMÓDICO.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>	Historia clínica
DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA			

INICIO DEL DOLOR	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de inicio del dolor hasta el ingreso por emergencia. 	Categórica Nominal	Historia clínica

DR. JOSEPH PINTO OBLITAS

ASESOR

MG. SARA AQUINO DOLORIER

ESTADÍSTICO

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel - Tipo de Investigación: Descriptivo</p>	<p>Población: Pacientes adultos mayores que ingresaron por emergencia y fueron atendido con apendicitis aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero 2013 hasta abril del 2018. N = 82</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes mayores de 60 y menores de 99 años. - Pacientes que ingresan por emergencia - Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda - Pacientes con historias clínicas adecuadamente llenadas 	<p>Técnica: La toma de información se realizó mediante la elaboración de una ficha de recolección de datos, la cual fue dirigida a una muestra total de 82 pacientes que fueron atendidos por el área de Emergencia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero del 2013 hasta abril del 2018.</p> <p>Instrumentos: Correspondió a una ficha de recolección datos elaborada en base a los objetivos planteados en la investigación; que constó de un apartado para los datos</p>

	<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con un diagnóstico diferente al de apendicitis aguda. - Pacientes menores de 60 años y mayores de 99 años. - Pacientes con historias clínicas incompletas <p>Tamaño de muestra: Debido a que se trabajo con la toda poblacion no fue necesario hacer el cálculo de un tamaño de una muestra.</p>	<p>de filiación como el número de historia clínica y 5 ítems que ayudaron a identificar las variables en estudio: Sexo, edad desde los 60 hasta los 99 años, comorbilidades que presentan (Diabetes Mellitus, HTA, cardiopatía y obesidad) y sobre si se hubo automedicación o no.</p>
--	---	--

DR. JOSEPH PINTO OBLITAS

ASESOR

MG. SARA AQUINO DOLORIER

ESTADISTICO



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

ANEXO 03: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**“CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2013 -
ABRIL 2018”**

DATOS DEL PACIENTE		
EDAD	60 – 69	
	70 – 79	
	80 – 89	
	90 – 99	
SEXO	FEMENINO	MASCULINO
ESTADO CIVIL	SOLTERO - CASADO - VIUDO - DIVORCIADO	
NIVEL DE INSTRUCCION	NINGUNO – PRIMARIA – SECUNDARIA- SUPERIOR	
OCUPACION	PROFESIONAL – ALBAÑIL – AGRICULTOR – CARPINTERO – COMERCIANTE - MAESTRO DE OBRA - OTRO	
PROCEDENCIA	URBANO - RURAL	
FIEBRE	> 37C° - < 37C°	
DOLOR ABDOMINAL	DOLOR FID	MAC BURNEY (+)
ANOREXIA	SI	NO
NÁUSEAS Y VÓMITOS	SI	NO
COMORBILIDADES	COMORBILIDAD ENDOCRIOLOGICO	
	COMORBILIDAD GENITOURINARIA	
	COMORBILIDAD GASTROINTESTINAL	
	COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR	HIPERTENSIÓN ARTERIAL - OTRO
AUTOMEDICACIÓN	SI	NO

ANEXO N°4: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Salvador Francisco Avalos Escobar
 1.2 Cargo e institución donde labora: Médico cirugía general
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Experto Especialista
 1.5 Autora del instrumento: López Chunga, Colbert Mizael

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.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lima, 02 marzo del 2020


Firma del Experto

D.N.I N°: 43774804 CMP: 65512 RNE: 35252
Teléfono: 931 558 363

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: AGUIÑO DOLORZEL SARA
 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autora del instrumento: Lopez Chunga Colbert Mizael

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.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los factores asociados en el diagnóstico de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores.				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer cuáles son los factores asociados en el diagnóstico de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores.				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de estudio descriptivo transversal.				80%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lima, 06 de febrero del 2020

Firma del Experto

D.N.I N.º 0749800