



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**Factores de riesgo asociados a la demora del manejo
quirúrgico de apendicitis aguda en el Hospital María
Auxiliadora en el periodo julio – diciembre del 2015**

TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO

Ponce Figuerola, Christian Eduardo

Dr. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR

Dra. SUSANA OSHIRO KANASHIRO
ASESORA

LIMA – PERU

2017

AGRADECIMIENTO : A Dios por cada bendición , a mis maestros que me guiaron en esta hermosa carrera y a cada persona que colaboró para que esto sea una realidad

DEDICATORIA : A mi madre “Pochita” y mi Padre Yonel que sin ellos nada hubiera sido posible, a mis hermanos Marlon y Jhonel que son parte importante en mi vida.

RESUMEN

Objetivo : Determinar la asociación de los factores de riesgo y la demora del manejo quirúrgico de apendicitis aguda en el hospital María Auxiliadora en el periodo julio – diciembre del 2015. **Métodos :** Se realizó un estudio de tipo observacional , retrospectivo y analítico en el servicio de cirugía general del Hospital María Auxiliadora.

Resultados : La mayoría de la población en estudio tenía edades entre 10-20 años (29.1%) ; el 56.2% pertenece al género masculino ; el 40.8 % de la población en estudio provenía del distrito de San Juan de Miraflores y el 51.6% tuvo grado de instrucción secundaria . Se encontró que la automedicación estuvo presente en el 83% de pacientes que tuvieron demora del manejo quirúrgico , la presentación atípica del cuadro clínico en un 62% y la no disponibilidad de sala de operaciones en un 71% .

Conclusiones: Las características sociodemográficas no son un factor de riesgo para la demora del manejo quirúrgico en este estudio , se determinó que el principal factor asociado a la demora del manejo quirúrgico fue la automedicación , seguido por la no disponibilidad de sala de operaciones y la presentación atípica del cuadro clínico respectivamente.

Palabras claves: Apendicitis aguda, demora del manejo quirúrgico , automedicación , presentación atípica.

SUMMARY

Objective: To determine the association of risk factors and delay in the surgical management of acute appendicitis in the Maria Auxiliadora hospital in the period July - December, 2015. **Methods:** An observational, retrospective and analytical study was performed in the General surgery of the Hospital Maria Auxiliadora.

Results: The majority of the study population had ages between 10-20 years (29.1%); 56.2% belong to the male gender; 40.8% of the study population came from the district of San Juan de Miraflores and 51.6% had secondary education. It was found that self-medication was present in 84% of patients who had delayed surgical management, atypical presentation of the clinical picture in 62% and the non-availability of operating room in 71%.

Conclusions: Sociodemographic characteristics are not a risk factor for delayed surgical management in this study, it was determined that the main factor associated with delayed surgical management was self-medication, followed by non-availability of operating room and presentation Atypical of the clinical picture respectively.

Key words: Acute appendicitis, delayed surgical management, self-medication, atypical presentation.

INDICE

CAPÍTULO I : INTRODUCCION	7
1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN.....	7
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.6 HIPÓTESIS.....	12
CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 BASES TEÓRICAS.....	14
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
CAPÍTULO III : METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	37
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	37
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	37
3.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
CAPÍTULO IV : RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO V : DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS.....	68

CAPÍTULO I : INTRODUCCIÓN

1.1 Línea de Investigación y Lugar de Ejecución:

- El presente trabajo de tiene como línea de investigación el área de calidad en los procesos de atención en salud y las prioridades 2016-2021 , el lugar de ejecución es el servicio de emergencia del departamento de cirugía del Hospital Maria Auxiliadora

1.2 Planteamiento del Problema:

La patología apendicular es el cuadro quirúrgico de emergencia que con más frecuencia se presenta, según lo observado en trabajos mundiales es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico (1)(2) , por lo que ocupa el primer lugar de las 10 enfermedades prevalentes atendidas en los servicios de cirugía de los hospitales de salud pública(4) . Es la más frecuente en países con mejor desarrollo económico (3) , en algunas publicaciones las cifras oscilan entre 8 y 55 casos por 10000 habitantes al año incluidos países pobres y ricos (3) , a pesar de ello la tasa de mortalidad ha disminuido de manera constante en EEUU y Europa desde 8.1 a menos de 1 por 100000(6)(7). De esta manera constituye una causa frecuente de dolor abdominal para la cual el diagnóstico y tratamiento quirúrgico inmediato han contribuido a una significativa disminución de la morbilidad y mortalidad (4)(8)(9) . La mortalidad actual en apendicitis

no perforada es menos de 1% , pero puede llegar a ser de 5% en lactantes y ancianos .

Estudios recientes muestran que el 7 – 12% de la población mundial o una de cada 15 personas tendrá apendicitis aguda en algún momento de su vida, siendo más frecuente entre los 10 y 30 años de edad , siendo la relación varón – mujer (3/2).

El principal objetivo del diagnóstico precoz en la apendicitis aguda es el tratamiento quirúrgico temprano con la finalidad de extirpar el apéndice inflamado antes que haya complicaciones como la perforación. Las tasas de perforación se correlacionan con el tiempo desde inicio de síntomas hasta el tratamiento , lo que aumentaría las complicaciones. Es así que en adolescentes y adultos la perforación del apéndice inflamado puede ocurrir dentro de las 36 horas de inicio de los síntomas , mientras que en niños entre los 8 y 24 horas.

El presente trabajo de investigación viene motivado por el gran número de pacientes que llegan al servicio de emergencia con un cuadro de apendicitis aguda complicada aumentando el riesgo de sufrir complicaciones y por ende prolongando los días de hospitalización, representando esto un alto riesgo para la salud de la población y aumentando los gastos por días hospitalarios prolongados.

Este estudio se enfoca en 3 variables:

La automedicación , en varios estudios se ha demostrado que esta condición es la principal causa de retraso en el diagnóstico y

tratamiento de la apendicitis aguda , debido a que suele enmascarar los síntomas y lleva a un error en el diagnóstico .

La presentación atípica del cuadro clínico ; en la apendicitis aguda un 65% aproximadamente suele presentar lo que se conoce como cronología de Murphy , en cual consiste en el inicio del dolor en epigastrio o mesogastrio , el cual en aproximadamente 6- 8 horas se localiza en fosa iliaca derecha y con mayor intensidad, lo cual nos lleva a diagnosticar esta patología inflamatoria , un cuadro atípico es cuando el dolor inicia directo en fosa iliaca derecha o se mantiene en algún otro cuadrante abdominal , nos lleva a la duda diagnostica y por ende al retraso del manejo quirúrgico , pudiendo desencadenar las complicaciones ya conocidas de la apendicitis aguda .

Disponibilidad de sala de operaciones : En el Hospital Maria Auxiliadora como en otros Hospitales del Minsa se evidencia escases de materiales y medicinas por lo cual retrasan la disponibilidad de sala de operaciones , prolongando las horas de evolución de un paciente con diagnostico ya planteado de apendicitis aguda , considerando que una evolución mayor de 24 horas ya se considera como una apendicitis aguda complicada , en este estudio se considerará demora de la disponibilidad de sala en aquellos casos en los cuales el retraso del llamado de sala de operaciones influenció en que el tiempo de enfermedad sea mayor de 24 horas.

1.3 Formulación del problema:

¿COMO SE ASOCIAN LOS FACTORES DE RIESGO A LA DEMORA DEL MANEJO QUIRURGICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO JULIO – DICIEMBRE DEL 2015?

1.3 Justificación:

Dentro de las cirugías que se logran emergenciar la apendicitis aguda forma parte del 47.7%, siendo esto motivo para que todo paciente que presente dolor abdominal o algún síntoma de abdomen agudo se sospeche de dicho diagnóstico. Según informes del año 2002 por la OMS se juntaron un millón de días de hospitalización por apendicitis aguda en los EEUU . (10)

En el Perú, la enfermedad apendicular ocupa el segundo lugar entre las cuarenta primeras causas de morbilidad que requieren hospitalización; por ello, la apendicitis aguda es un problema de salud pública importante, llegando a alcanzar 30000 casos al año (7).

Suele ser fácil el diagnóstico de apendicitis aguda , aunque en algunos grupos de personas se complica o se hace más dificultoso el diagnóstico y mayormente son aquellos que recibieron analgésicos antes del examen físico ,lo que lleva a confusión por lo atípico del cuadro clínico enmascarando los síntomas .

Con esta investigación se trata de determinar si la pre medicación, la presentación atípica del cuadro clínico y la disponibilidad de SOP son causas que llevan al retraso de la intervención quirúrgica de la apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora; los resultados de este estudio servirán para generar ideas y métodos para disminuir la demora del manejo quirúrgico y por ende reducir la tasa de complicaciones que llevan a mas días de estancia hospitalaria.

1.5 Objetivos :

- General:

Determinar la asociación de los factores de riesgo y la demora del manejo quirúrgico de apendicitis aguda en el hospital María Auxiliadora en el periodo julio – diciembre del 2015

- Específicos:

- 1.- Identificar las características sociodemográficas asociadas a la demora del manejo quirúrgico de apendicitis aguda en el hospital Maria Auxiliadora

- 2 .- Determinar la asociación entre la automedicación y la demora en el diagnóstico y manejo de apendicitis aguda en el hospital Maria Auxiliadora.

3.- Determinar la asociación entre la presentación atípica del cuadro clínico y la intervención quirúrgica tardía de apendicitis aguda en el hospital Maria Auxiliadora.

4.- Determinar la asociación entre disponibilidad de sala de operaciones y demora del manejo quirúrgico de apendicitis aguda.

1.6 Hipótesis :

Hipótesis nula :

1.- La demora del manejo quirúrgico en apendicitis aguda no está asociada a la automedicación , la presentación atípica del cuadro clínico y la disponibilidad de SOP en los pacientes que acuden al servicio de emergencia en el hospital Maria Auxiliadora en el periodo julio a diciembre del 2015.

2.- No existe asociación entre las características sociodemográficas de la población y la demora del manejo quirúrgico de apendicitis aguda en el hospital Maria Auxiliadora en el periodo julio a diciembre del 2015

Hipótesis:

1.- La demora del manejo quirúrgico en apendicitis aguda está asociada a la automedicación, la presentación atípica del cuadro clínico y la disponibilidad de SOP en los pacientes que acuden al servicio de emergencia en el hospital María Auxiliadora en el periodo julio a diciembre del 2015.

2.- Existe asociación entre las características sociodemográficas de la población y la demora del manejo quirúrgico de apendicitis aguda en el hospital María Auxiliadora en el periodo julio a diciembre del 2015.

CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS

APENDICITIS

La "Apendicitis" es un vocablo que deriva del latín *apendix* (apéndice) y del sufijo griego *itis* (inflamación). Etimológicamente quiere decir inflamación del apéndice ileocecal o vermiforme (1)

La Apendicitis Aguda es la inflamación del Apéndice ileocecal, causado a la obstrucción del lumen del órgano, en más del 65% de casos se socia al aumento del tamaño de sus folículos linfoides. (2) Es muy frecuente en las emergencias de cirugía general. En épocas medievales existía la descripción de una temida enfermedad caracterizada por una tumoración grande y purulenta fue llamada "Fosa Ilíaca".

Antes del siglo XI se decía que la fosa ilíaca era causada por la inflamación del ciego y no del apéndice.

El término "apendicitis" fue propuesto en 1886 por el patólogo Reginald Fitz en su notable "Inflamación perforante del apéndice vermiforme".

En los años 1800 se llevó a cabo la primera Apendicectomía con éxito a partir de esas fechas se hicieron más comunes las apendicectomías (3)

Según estudios se sabe que la población que sufre esta patología es aproximadamente el 8 % siendo manifiesta a cualquier edad , muy raros caso en los extremos de la vida siendo en estos grupos etarios más dificultoso el diagnóstico y suelen tener un peor pronóstico (3)

La apendicitis aguda puede presentarse a cualquier edad, aunque la incidencia mayor de la apendicitis aguda se da en las personas entre 20 y 30 años en el

que, a excepción de las hernias estranguladas, es la causa más común de dolor abdominal súbito e intenso y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países. Es también una causa importante de cirugías pediátricas, frecuente en escolares y preescolares con cierto predominio en los varones y se dice que existe cierta predisposición familiar.(2)

Los estudios estadísticos mencionan que las apendicectomías suelen realizarse en mujeres en un 26% y hombres en un 13 % aproximadamente (2,3,4)

A nivel mundial, se sabe que el cuadro apendicular suele ser menor en regiones en vías de desarrollo , como en continentes como África donde hay menor nivel socioeconómico, todo esto relacionado a sus costumbres respecto a la dieta que suele ser abundante fibra lo cual está relacionado a la reducción de la viscosidad del bolo fecal y por ende menos riesgo de formación de fecalitos .(5)

Existe una mayor frecuencia del sexo masculino en adultos , adultos jóvenes y adolescentes . (5)

Se dice que el riesgo de sufrir de apendicitis aguda aumenta con la edad , aunque disminuye en los años geriátricos , una edad media de mayor incidencia es la población pediátrica donde se encuentra asociado mayormente la hiperplasia linfoide , existe un mayor riesgo de perforación en los niños más pequeños. (5)

La anatomía del apéndice cecal o vermiforme posee tejido linfático y su medida puede ir de 5 a 8 cm aproximadamente (6) , está irrigada por la arteria apendicular , que viene a ser parte de la arteria cecal posterior que se puede ver afectada produciendo complicaciones en la patología, Por un lado presenta una cavidad central que termina en fondo de saco y por el otro lado con el ciego donde se suele encontrar la válvula de Gerlach lo que protege de que no ingrese material fecal .(2 .7)

En lo que respecta a la posición, está ligado al ciego por lo que lo sigue en sus variadas posiciones , por lo consiguiente el apéndice cecal puede encontrarse en una normal posición en fosa iliaca derecha como en otra variedad.

En algunas ocasiones su ubicación es independiente del ciego y puede variar mucho lo que lleva a que la presentación del cuadro clínico también varíe, desde la localización del dolor hasta los síntomas secundarios (2 , 7)

La literatura menciona que la posición más frecuente suele ser la interna descendente con casi 45% la que la continua es la llamada posición externa con una aproximadamente 27% , la que le continua en frecuencia es la interna ascendente con un 18 % y por último la retrocecal 15% . (2,7)

El apéndice cecal está ligado al ciego en su base y al íleon en su porción final por la estructura conocida como mesoapéndice , en algunas ocasiones puede ser parte de un meso fijándose a la fosa iliaca en su peritoneo y en otros casos puede estar ausente esta estructura conocida como meso , el apéndice está formado por 4 capas la muscular , serosa , la mucosa y la submucosa.

La arteria apendicular transcurre por el borde del meso , forma parte de las ramas de la mesentérica superior , la capa muscular cuenta con 2 coberturas de fibras musculares , la circular y la longitudinal , la capa mucosa y submucosa es muy similar a la del ciego presenta glándulas y un epitelio cilíndrico acompañado de tejido linfático

La vena apendicular suele unirse a las venas de ciego , los vasos linfáticos comienzan en los folículo linfoides y se continúan con los linfáticos subserosos , los nervios provienen como los del ciego del plexo solar mesentérico. (7,. 8)

Etiología

La patología apendicular provocado por un episodio obstructivo de la luz apendicular , mayormente a causa de una hiperplasia linfoidea pro infecciones o inflamación del intestino se dice que muy frecuente en adolescentes y niños , la formación de fecalitos se da más frecuentemente en las personas mayores , otras causas más raras son parásitos , neoplasias y cuerpos extraños .

Cuando hay formación de sales y desechos fecaloides favorecen la formación de fecalitos los cuales pueden obstruir la luz de órgano y desencadenar todo el cuadro clínico, algunos procesos infecciosos están relacionados al crecimiento del tejido linfoide, se menciona patología asociadas como las amebiasis, infecciones respiratorias, la mononucleosis, sarampión. (5,8)

Fisiopatología

Sin importar la causa, se menciona que el aumento de presión intraluminal del apéndice conlleva a una secreción continua de moco y otros fluidos lo que favorece la proliferación de las bacterias causando aglomeración de glóbulos blancos , si es persistente la obstrucción lleva a un aumento del flujo venoso lo que inicia isquemia en la pared apendicular favoreciendo más el ingreso de bacterias .

Esta situación puede empeorar si se asocia una trombosis de la arteria apendicular lo que conlleva a complicaciones como la necrosis o perforación del órgano , puede formarse finalmente un absceso o peritonitis . (5)

Manifestaciones clínicas

El dolor abdominal suele ser el principal síntoma muchas veces acompañado de anorexia , náuseas y otros síntomas inespecíficos , al inicio el dolor se localiza en epigastrio o hipogastrio para horas después localizarse en fosa iliaca derecha lo que se conoce como cronología de Murphi , lo que lleva a una gran sospecha de la patología apendicular , la forma en la que se presentan los síntomas tienen gran importancia para los diagnósticos diferenciales , ya que existen diversas presentaciones clínicas las cuales favorecen las dudas diagnósticas , si aparece vómitos antes del dolor se debería poner en duda el diagnostico de apendicitis (5,7)

Signos

En el examen físico los hallazgos varían dependiendo de la posición del apéndice afectado y del grado de compromiso del mismo a la hora de la primera evaluación .La máxima sensibilidad cuando el apéndice esta inflamado se suele encontrar en la fosa iliaca derecha conocido como el punto de McBurney o muy cerca de el mismo , muy seguido se presenta también el signo del rebote cuando ya hay presencia de irritación peritoneal , otro signo que aparece es el de resistencia muscular involuntaria que suele ser precedida por una resistencia muscular voluntaria , cuando aparece dolor en la fosa iliaca derecha al palpar el cuadrante inferior izquierdo se conoce como el signo de Rovsing , a mayor irritación peritoneal mayor será el espasmo muscular .

Al pedirle al paciente que se acueste sobre el lado izquierdo y que extienda con lentitud el muslo derecho causándole dolor , esto se conoce como el signo del Psoas

Al estirar el obturador interno se produce dolor en hipogástrico indica irritación pélvica (7,9)

Hallazgos de laboratorio

En el Hemograma se suele encontrar leucocitosis leve en aquellos pacientes con apendicitis aguda que aún no se complicó , la leucocitosis marcada con desviación izquierda suele presentarse en pacientes con apendicitis aguda complicada con o sin absceso (7)

Diagnóstico

Se sabe que el diagnóstico de apendicitis aguda es puramente clínico , algunos trabajos reportan la idea de la ayuda radiodiagnóstico , lo cual aporta en los casos muy específicos o de difícil diagnóstico , por otra parte se sabe de la preferencia por la TAC siendo considerada de alta sensibilidad y especificidad , la ayuda diagnóstica por imágenes puede ser muy útil pero siempre teniendo en cuenta que un buen examen físico y una correcta anamnesis nos orienta en gran porcentaje a un diagnóstico correcto teniendo en cuenta todo lo realizado por el paciente desde que inicio el cuadro clínico (10)

Diagnóstico diferencial

Intususcepción, diverticulitis de Meckel , adenitis mesentérica aguda, lesiones de colon, enteritis de Crohn, úlcera péptica perforada, gastroenteritis aguda, enfermedades del sistema urogenital masculino, inflamación de apéndices epiploicos, infección de vías urinarias, Púrpura de Henoch-Schönlein , cálculo uretral, peritonitis primaria, yersinosis, trastornos ginecológicos.(7)

Tratamiento

Incluso con el incremento de un método específico para el diagnóstico, se debe seguir dando importancia al tratamiento quirúrgico precoz; ya que al decidirse operar al paciente por una probable apendicitis, se debe proceder de manera rápida. Siempre se debe tener en cuenta que debemos hidratar al paciente, tener conocimiento y hacer frente a los problemas pulmonares, cardíacos y renales que existan; además corregir las alteraciones hidroelectrolíticas. Basándonos en un estudio donde se demuestra la gran relevancia de la antibioticoterapia pre operatoria, con el fin de menguar algún proceso infeccioso causado por la apendicitis.

Cuando se trata de una simple apendicitis, no se encuentra beneficio alguno de prolongar más allá de 24horas la medicación; en todo caso si se tratase de una apendicitis perforada, se continúa la antibioticoterapia hasta que el paciente no presente fiebre y no exista alteración de la serie blanca.

Cuando se trata de una infección de tracto gastrointestinal, ya sea de leve o moderado, la Surgical Infection Society menciona que se debe tratar con Cefotetán o ticarcilina, Cefoxitina y ácido clavulámico. Si la infección es más severa la indicación es con un solo fármaco el cual puede ser carbapenémicos o tratamientos combinados con una cefalosporina de III generación, aminoglucósido o monobactán; brindar además tratamiento para anaerobios con clindamicina o metronidazol. (11)

Factores que retrasan el manejo quirúrgico de la apendicitis aguda

Automedicación

En todo Latinoamérica, se precisa una costumbre de difícil modificación, la cual es la automedicación cuando se presentan molestias o dolor abdominal de intensidad leve, que comienza sin una causa aparentemente exacta o clara que es la responsable de originar el dolor. Hoy en día los pacientes se auto diagnostican y se auto medican pensando que se trata de un trastorno alimenticio que les causa malestar y debido a la sugerencia de una farmacia para no perder la venta, de algún familiar o de un amigo, le proporcionan información sobre un antibiótico para tratar la infección intestinal, analgésicos o antiespasmódicos para tratar el dolor, asimismo enzimas digestivas por la escasa eliminación de flatos. De esta manera la automedicación forma una careta del cuadro del dolor abdominal, generando dificultad para la elaboración de una adecuada historia clínica y un correcto examen físico, que nos permitan solicitar los exámenes auxiliares necesarios y adecuados para el beneficio del paciente.(13)

Se publicó un estudio sobre premedicación en el año 2009 de Velásquez, en el cual se menciona que actúa como un factor asociado a la demora en el diagnóstico y en un tratamiento adecuado para la apendicitis aguda; demostrando que el 58.9% se auto medicaron y que dentro de ellos el 42.4% se administraron butilioscina y metamizol vía enteral o parenteral; cabe mencionar que solo el 57.5% tuvo receta médica y el 18.3% recibió antibioticoterapia y AINES recibió el 39.3% de los pacientes(12)

Error diagnóstico en la consulta primaria por presentación atípica del cuadro clínico

La mayoría de la gente piensa que la atención por un médico, el diagnóstico de su padecimiento o ir al médico es algo mecánico, en el cual le manifiesta al doctor las molestias que presenta lo que siente y que de manera automática luego de realizar el examen físico comienza a “vaciar” información de su archivo mental y le da una solución que se encuentra plasmada en la receta donde figura un listado de medicamentos, a pensar en la posibilidad de una intervención quirúrgica, adoptar un tratamiento, siendo allí donde al final se pone fin al problema; se vaticina que el paciente va a sanar y que todos quedaremos satisfechos. (13)

Esa falsa percepción de la gente en la cual piensa que el médico va a solucionar todo con una simple acción, es casi un protocolo en los pacientes; la cual puede llegar a ser considerada como inocente; pero la realidad es otra, es distinta y ello genera una idea falsa sobre lo que es calidad de salud que es lo que se ofrece a la sociedad.

.El diagnóstico y la terapéutica que son procesos relacionados; vienen a ser acciones profesionales que presentan una base científica debido a la ciencia aplicada de la innovada tecnología que se encuentra al servicio de la población en temas de salud.

El desarrollo de una adecuada terapéutica necesita tiempo, además un adecuado examen clínico, de un interrogatorio y de la individualización al realizar el análisis de cada paciente. (14)

Todo este informe detallado sobre el proceso médico, aparentemente no presentaría relación con el área de salud, pero es el desconocimiento de lo difícil, el tiempo que necesita el proceso diagnóstico y el análisis adecuado de cada caso lo que genera la imposición al médico de convertir su actividad profesional

en una actividad mecánica de tiempos y movimientos No sería adecuado mencionar que cada médico debe disponer de un tiempo prolongado para cada paciente al realizar la consulta; ya que la presentación típica de un cuadro hace que el diagnóstico sea en minutos; pero es sabido que la mayoría de las enfermedades procuran de un tiempo mayor ya sea para el manejo terapéutico o para el diagnóstico. El resultado de un mal diagnóstico debido a las consultas demasiado rápidas y sin un buen enfoque de la naturaleza de la enfermedad del paciente, nos va a dar como origen lo que se llama error médico; lo cual se conoce como el diagnóstico tardío o equivocado.(36).

2.2 ANTECEDENTES:

Dr. Dolores V. Dr. Ramirez S. Dr. Vega M. PREMEDICACION , FACTOR DE RETRASO EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA APENDICITIS AGUDA , cirujano general vol. 31 num. 2 (2009) ; p. 105-109

Se realizó un estudio de 56 pacientes, 32 (57.1%) fueron del género masculino, 24 del género femenino (42.9%). La media de edad fue de 29.44 + 17.65 años con un rango de 5 a 72 años. A todos se les confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda con el resultado histopatológico. Se dividieron en dos grupos, 23 pacientes (41.1%) en el grupo de no medicados y 33 (58.9%) en el grupo de medicados; no hubo diferencia significativa en cuanto a género y edad en los dos grupos de estudio ($p < 0.05$). La media de horas que transcurrió entre el inicio de la sintomatología a la decisión quirúrgica en el grupo de pacientes no medicados fue mucho menor que la del grupo de pacientes medicados (23

horas, IC95% 16-23 vs 33 horas, IC95% 30-54; $t = 3.9$, $p = 0.0001$). Los días de estancia hospitalaria en pacientes no medicados fueron de 2.3 ± 1.6 vs 3 ± 1.3 días en los medicados, sin diferencia significativa ($t = 1.2$ y $p = 0.22$), sin embargo, sí hubo diferencia estadística significativa en los días de incapacidad laboral para los pacientes que recibieron previa medicación .

De la Cruz E. “FACTORES QUE RETASAN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA” Hospital Belen de Trujillo , 2007

Este estudio concluyó que de 352 pacientes con apendicitis aguda , el 34 % tuvo apendicitis aguda complicada, El 68.9% de los pacientes con AA complicada correspondieron al género masculino. La edad promedio fue de 33.19 años (DS:13.72 años) rango de 15 a 69 años. El 60.8% de pacientes con AA complicada se automedicó y mientras en el grupo de AA no complicada solo se automedicó el 42% ($p < 0.05$). Los factores de distancia del lugar de procedencia y diagnostico equivocado se encontraron con mayor frecuencia en el grupo de AA complicada con 67% ($p < 0.005$) y 36.5% ($p < 0.05$) respectivamente.

La atención médica prehospitolaria fue de 52,7% para el grupo de AA complicada y 40,5% para AA no complicada ($p > 0.05$). La demora extrahospitalaria promedio de AA complicada fue de 56.49 h con rango de 3 a 192 h (DS : 44.87 h) , mientras que en AA no complicada fue de 30.59 horas con rango : 1 a 96 h (DS 23.88 h) ($p < 0.01$) y ; la demora intrahospitalaria promedio en AA complicada fue de 12,05h con rango : 3 a 44 h (DS 8.19 h) , y en AA no complicada fue 9.74 h , rango : 2 a 46 h (DS 7.56h) ($p > 0.05$) . El tiempo de enfermedad promedio en AA

complicada fue de 64.09 h con rango de 10 a 210 h y (DS: 44.87 h) , mientras que en AA no complicada fue de 35.89 h con rango : 7 a 92 h.

Garcia C. Diaz F. Chiriboga S. FACTORES QUE RETRASAN EL DIAGNOSICO Y TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA, hospital Homero Castanier Crespo, Azogues : Cuenca – Ecuador 2013

Se realizó un estudio transversal , universo de 117pacientes apendicectomiizados. Se uso un cuestionario elaborado para recolección de datos ; el 62,54% de pacientes apendicectomizados corresponden al género femenino, de los cuales el 63,26% viven en el área urbana. El 52% fueron apendicitis aguda complicados según anatomía patológica. El factor de riesgo asociado al retraso de la Apendicectomia es la automedicación, con 2,4 (OR) veces más riesgo de presentar complicaciones, siendo los AINES con 26,6% y espasmolíticos con 36% los más consumidos; el 69,4% del grupo estudiado ingresaron con referencia- contrareferencia , lo que equivale a un factor protector aunque sin significancia estadística; el tiempo de evolución clínica en horas, la media fue de 29,40 horas y en el 35% de los pacientes hubo diagnostico errado, pero sin significancia estadística.

Dr. Vargas D. Dra. Lopez R. Dr. Ramirez T.”APENDICITIS, FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL RETRASO DEL TRATAMIENTO” cirujano general vol. 23 num. 3 – 2001 ; p. 154-157

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, sin grupo control, descriptivo y

longitudinal.

Pacientes y método: Se estudió 78 pacientes operados con diagnóstico pre o postoperatorio de apendicitis aguda . Variables: atención prehospitalaria , evolución desde el inicio de dolor, complicaciones , número de horas transcurridas antes de la operación, , diagnóstico inicial fuera y dentro del nosocomio y postoperatorio, terapéutica y.

Resultados: De 78 pacientes, 18 (24%) tuvieron diagnóstico definitivo distinto del diagnóstico preoperatorio, 12 (16%) resultaron con apéndice sin alteraciones significativas y 6 (7.6%) fueron falsos negativos. El tiempo promedio entre el inicio del dolor y la apendicectomía fue 64.5 horas (2.7 días), el 44% se operó después de 48 horas de evolución . Cincuenta (64%) fueron apendicitis avanzadas, seis (7.6%) cursaron con peritonitis difusa, estos casos promediaron 75 horas = 3.29 días. Se detectó material purulento en 28 (36%), apéndice perforado en 17 (21%), el tiempo preoperatorio en mujeres fue de 3.2 días, en hombres de 2.2 días. Hubo infección en la herida quirúrgica en 15 (20%). Sesenta pacientes (76%) consultaron un doctor antes de ingresar al hospital, en 24 (40%) éste hizo el diagnóstico de apendicitis, en 32 (54%) erró ; el 98% recibió fármacos recetados por otros doctores o auto- medicados.

Cabrejos P. Novoa E. Iyo S. “FACTORES CAUSANTES Y CONSECUENCIAS DE LA DEMORA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE APOYO DE CHACHAPOYAS ENTRE 1995 Y 2000”. Revista med hered 12 (1) , 2001 ; p. 3-6

En este estudio se consideró 136 pacientes a los que se les realizó Apendicectomía durante el periodo Octubre 1995 – Octubre 2000 en HACH con

diagnóstico previo de apendicitis aguda , se observó que 63 eran del género masculino y 45 femenino , entre 6 y 76 años con un promedio de edad de 29 años .

Se obtuvo el promedio del tiempo de evolución de los pacientes y fue de 3.32 días , el 51% presentó apendicitis aguda complicada y en el 61% existió una demora de 72 horas o más para la intervención quirúrgica desde que empezaron los síntomas .

El 83% de los que fueron operados tardíamente se encontró apendicitis aguda complicada y solo el 33%de los que fueron operados tempranamente tuvieron el mismo hallazgo ,

En el 38% hubo retraso del manejo quirúrgico de 72 horas o más , de ellos el 48% se atribuyó la demora al paciente , en el 52% se le atribuyo la demora parcial o completamente a los servicios de salud.

De los paciente operados tardíamente el 80% provenían de la periféria de la ciudad y 12% tuvieron que esperar 12 horas o más para ser operados .

En este trabajo no se encontró significancia estadística en el promedio de espera para cirugía entre los que tuvieron como diagnostico post operatorio apendicitis aguda complicada y los que no tuvieron esta condición

Dr. Onofre A. “APENDICITIS AGUDA : FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO TARDIO Y EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATOIOS” Instituto mexicano del seguro social , dirección regional del sur , centro médico nacional “ Adolfo Ruiz Cortinez” , Veracruz ; febrero 2009

Objetivos: Determinar cuáles son los factores que retrasan el manejo quirúrgico, los factores asociados a apendicitis complicada y no complicada y a las complicaciones postoperatorias.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en 94 pacientes en un periodo de 6 meses del enero a julio del 2003. Se evaluaron variables sociodemográficas, factores clínicos y bioquímicos que pudieran asociarse a retraso quirúrgico, apendicitis complicada y al desarrollo de complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se asociaron a retraso quirúrgico el tiempo de reporte del hemograma {152.22 min. vs 91.30 min., $p < 0.003$ }, y la leucocitosis (13404 vs 15470. $p=0.02$). Se asociaron a la presencia de complicaciones postoperatorias los factores- edad (44.1 años vs 28.9 años, $p 0.03$). horas de evolución {50 horas vs 27.1 horas, $p = 0.03$ }. tratamiento médico hospitalario (28 tí% vs /1.4%, $p 0.009$). y at intervalo con horas transcurrido entre el inicio do los síntomas y la intervención quirúrgica (64.64 horas vs 3/ fs horas. $p (1.02)$ se asociaron a apendicitis complicada los factores' horas de evolución (-15.5 liara* vá 25 3 horas, $p = 0,003$) y el intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y la cirugía (57,2 horas vs 36.4 horas, $p - 0.006$).

Lunca, S; Bouras, G; Romedea, N. Acute Appencitis in the elderly patients: Diagnostic problems, Prognostic factors and Outcomes. Romanian Journal of Gastreenterology Dec 2004 Vol 13 N° 4 pag 209 – 303.

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, descriptivo , transversal

MATERIAL Y MÉTODOS: Se interrogó a los familiares de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, hospitalizados en el servicio de Cirugía "A" para lo cual se usó la ficha para recolección de datos.

RESULTADOS: Se observó que la automedicación es un factor extra hospitalario asociado al retraso del diagnóstico de apendicitis aguda, además las actitudes y prácticas realizadas por los pacientes ante el inicio de los síntomas es crucial en el tiempo de enfermedad total, así se concluyó que buscar ayuda médica como primera opción reduce el tiempo de enfermedad de los pacientes. El diagnóstico ofrecido en la primera atención también es importante en el tiempo del cuadro clínico.

CONCLUSIONES: Los pacientes que no buscan ayuda del médico como primera actitud y los que no tomaron interés a los síntomas, tuvieron un tiempo de enfermedad mayor al del resto de pacientes, la automedicación retrasa el diagnóstico de apendicitis aguda, entre ellos los más usados fueron los AINES Y antiespasmódicos.

Maldonado P. Lopez R. "FACTORES DE RIESGO EN APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE CUENCA. AÑOS: 2006, 2007 Y 2008" ; Universidad de Cuenca ; Ecuador : 2010

Objetivo: Detectar los factores de asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso en los años 2006, 2007 y 2008.

Material y métodos: Se observaron las Historias Clínicas de todos los servicios del Hospital Vicente Corral Moscoso, de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda complicada. Resultados: Se incluyeron 236 pacientes, 90 de ellos (38.72%) fueron operados tardíamente, fue atribuida a la demora por parte del paciente, al acudir al Hospital. En 59 pacientes (24.68%) la demora entre 3 y 4 horas se atribuye a los servicios de salud. De los pacientes que presentaron complicaciones los 167 (71.06%), se automedicación. La complicación más frecuente fue la perforación en 85 pacientes (36.17%)

Dr. Vitolo F. “RETRASO EN EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS” Noble S.A

http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/28.pdf

Factores que se asocian con en el retraso del tratamiento : La presentación típica de la apendicitis se da sólo en aproximadamente el 55% de los pacientes con esta patología. Con buenas anamnesis y exámenes físicos consecutivos y realizados a conciencia la precisión diagnóstica crece hasta casi alcanzar el 80%. De hecho, la mayoría de los errores y demoras diagnósticos se originan en un examen clínica imprecisa .(6) Parte de una buena evaluación consiste en tener acceso a toda información clínica previa que pueda haberse realizado, ya que aproximadamente el 30% de los pacientes con apendicitis fueron evaluados previamente por otro doctor . Un estudio reveló que cinco de cada 10 médicos fallaron en el diagnóstico prehospitalario y que el 98% de los pacientes recibieron medicamentos antes de llegar al Hospital.(35) Los registros de atenciones previas suelen brindar información buena y seriada del examen físico abdominal,

de la temperatura y del recuento de células blancas. Los doctores de guardia deben ser muy cautos con aquellos pacientes que se presentan con síntomas y signos ya sean mínimamente sugestivos de apendicitis y considerar esta posibilidad entre sus diagnósticos diferenciales. Distintos autores coinciden sobre las situaciones que suelen retrasar el diagnóstico e intervención en esta patología: (6) 1. Presentación atípica del cuadro clínico , con poco dolor en fosa ilíaca con ausencia de náuseas y/o vómitos. 2. Automedicación y retraso en la primera consulta 3. Falta de realización del tacto rectal 4. Administración de analgésicos intramuscular en frente a síntomas, sin diagnóstico. 5. Primer diagnóstico de gastroenteritis, a pesar de la ausencia de signos y síntomas propios de la patología (náuseas, vómitos y diarrea). 6.. Falta de documentación de estas instrucciones en la historia clínica.

Arcana M. “FACTORES RELACIONADOS CON LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES DE 15 A 60 AÑOS EN EMERGENCIA DEL HNAL UN ENFOQUE BASADO EN LA EVIDENCIA 2003” UNMS , facultad de medicina humana - 2004

El presente trabajo de investigación titulado “Factores relacionados con la Apendicitis Aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza un enfoque basado en la evidencia 2003.” Consiste en un estudio analítico y observacional, transversal en un periodo desde el 1 de mayo 2003 hasta el 30 de abril del 2004 se realizó un estudio prospectivo en 700 pacientes adultos con diagnóstico prequirúrgico de apendicitis. No se cuenta con una tasa de apendicitis complicada del 61.6% apendicitis aguda no complicada 35.1% y apendicitis SAS 3.3%. Como es de esperar 42.4% corresponden al género masculino y 57,6% al género femenino.

Respecto a la variable grado de instrucción el 11% de pacientes tienen instrucción superior 78% entre primaria y secundaria. El grupo etario de mayor frecuencia fue entre 15 a 24 años con 310 casos (44.3%). Los síntomas abdominales correspondieron a cronología de Murphy en 425 pacientes (60.7%). El dolor abdominal difuso se dio en 160 pacientes (22.8%). El signo de Mc Burney en 520 pacientes (74.2%) el signo de Rovsing se presentó en 423 pacientes (60.4%), el signo de Blumbert estuvo en 54.2%. La fiebre estuvo presente al momento de su llegada a emergencia en 310 pacientes (44.2%). Entre la enfermedades agregados se presentó en 122 pacientes (17.4%), la anemia presente en 97 casos (13.8%). La diabetes mellitus en 26 pacientes (3.7%). La cardiopatía en 19 casos (2.7%).

Drs. BELTRÁN S, VILLAR M, F TAPIA, E.U. KARINA B. “Sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis” Unidad de Emergencias, Departamento de Cirugía, Hospital de Ovalle - 2004

El cuadro clínico clásico de la apendicitis aguda es ampliamente conocido . se encuentra frecuentemente la asociación entre clínica clásica de apendicitis y otros síntomas atípicos . Se pretende objetivar la frecuencia de los síntomas atípicos del cuadro clínico y su influencia en el diagnóstico. Se estudiaron 457 pacientes mayores de 15 años, operados por apendicitis aguda . De ellos, 168 (36,7%) presentaron síntomas atípicos del cuadro clínico , 28 casos (16,6%) fueron descartados del estudio . Se incluyeron 140 casos (100%); 47 sexo femenino, edad: $29 \pm 2,54$ (33,6%) y 93 sexo masculino, edad: $32 \pm 3,95$ (66,4% $p < 0,05$). El síntoma clásico con mayor frecuencia frecuente fue la anorexia

(74,2%). Los síntomas clásicos de dolor epigástrico o periumbilical que migra a la fosa iliaca derecha, estuvieron presentes en 65,7% y 48,5%. No hubo ningún síntoma clásico en 8,5% ($p < 0,05$). El síntoma atípico con más frecuencia fue la diarrea (40%) y el dolor hipogástrico (25,7%). El diagnóstico de apendicitis aguda se dió en las primeras 24 horas en 67,1%. El diagnóstico macroscópico más frecuente fue el de apendicitis edematosa (66,4%), el apéndice fue macroscópicamente perforado en 24,8%. La histopatología reveló un 83,5% de apendicitis temprana y 15% ($p < 0,05$) de apendicitis complicada. La presencia de síntomas atípicos del cuadro clínico que dificultan una buena historia clínica clásica de la apendicitis aguda es elevada (37%). La presencia de estos síntomas atípicos no influyó en el diagnóstico, decisión operatoria o en la incidencia de apendicitis perforada. Pacientes del género masculino presentan síntomas que confunden el diagnóstico (66,4% $p < 0,05$). Los síntomas atípicos del cuadro clínico se presentan frecuentemente en adultos jóvenes (Edad 32 ± 5)

García T. Hernández O. “ FACTORES ASOCIADOS A LA PERFORACION APENDICULAR EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA . EXPERIENCIA EN EL NUEVO SANATORIO DURANGO” VOL. 56 NUM. 3 MAYO – JUNIO ; 2013

Resultados: Se observó un total de 189 historias clínicas , de los cuales, en 69 (36%) se presentó perforación del apéndice cecal. Los pacientes con perforación tuvieron dos horas más en promedio de evolución del cuadro clínico previo a su atención (26 frente 24 horas, $p < 0.001$), lo cual significó 2% más de riesgo (RM) por hora transcurrida (IC 95% de 0.2 a 4%, $p = 0.03$). Otros factores asociados fueron la automedicación previa (RM = 23, IC 95%, 9 a 57), Conclusiones: Los factores asociados a la perforación apendicular son la automedicación y el retraso de la atención médica.

GARCES M . “Detección de los factores de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en la población pediátrica “ Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía Unidad de Cirugía Pediátrica Bogotá D.C., Colombia ; 2014.

Materiales y Métodos Se realizó un estudio de cohortes, observacional, analítico, longitudinal prospectivo entre el primero de Noviembre y el 31 de Diciembre de 2013. A los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con sospecha de apendicitis aguda, se les diligenció el formulario que contiene las variables que se consideró podrían influir en el desarrollo de perforación y se excluyeron aquellos con informe histopatológico negativo para apendicitis.

Resultados Se incluyeron en el estudio 193 pacientes entre 1 y 17 años, 85 niñas (44%) y 108 niños (56%), 25 menores de 6 años. Noventa y ocho pacientes (50,8%), cursaron con apendicitis perforada diagnosticada por el cirujano. Hubo marcadas diferencias entre los pacientes que tuvieron o no perforación con

respecto a la edad, tipo de régimen de salud , tratamientos antibióticos previos, , síntomas y signos encontrados al examen físico.

Vasquez R. Garcia O. Fernadex L. “Apendicitis aguda en la infancia. Factores asociados al retraso diagnóstico” Urgencias pediátricas . Hospital de Cruces . Barakaldo; 2006;18:151-155

Del total de 252 niños con diagnóstico de apendicitis, 38 (15%) tuvieron consulta previa en el mismo episodio. Al dar el alta después de la primera consulta, los diagnósticos establecidos fueron: Adenitis mesentérica [1]; episodio emético [2], diarrea [9], inespecífico dolor abdominal [26]. En el tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas, se encontraron diferencias significativas en su primera consulta en emergencia, A ($26,84 \pm 32,11$ horas) versus B ($11,31 \pm 7,28$ horas); edad media, A ($114,07 \pm 35,63$ meses) versus B ($98,24 \pm 40,5$ meses); presencia de deposiciones líquidas, A (15; 7%) versus B (8; 23,6%); dolor localizado en fosa ilíaca derecha, A (144; 67%) versus B (12; 31%) y exploración física sugestiva, A (138; 64%) versus B (5; 13%). Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la cantidad de exámenes radiológicos realizados. Se hizo radiografía de abdomen a 200 niños del grupo A (93%) versus 14 del grupo B (37%); ecografía abdominal a 89 niños del grupo A (42%) versus 7 del B (21%). En las pruebas analíticas se observó diferencia significativa en el valor de la proteína C reactiva, grupo A ($5,01 \pm 7,2$ mg/dl), versus grupo B ($2,2 \pm 2,3$ mg/dl). En el grupo A hubo 70 (33%) apendicitis perforadas versus 25 (66%) en el B. La media de días de hospitalización fue de $5,75 \pm 3,9$ para el grupo A versus $7,84 \pm 5,5$ para el B, siendo también una diferencia significativa. Ante la presencia de fiebre, leucocitosis y vómito no se encontró diferencias.

Villaizan J. Rubio N. Vidales F. “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A APENDICITIS COMPLICADA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO ENTRE ENERO Y DICIEMBRE DEL 2005”

Instituto de Investigación. Facultad de Medicina Humana ; 2005

Materiales y métodos: Es un estudio observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles. Se revisaron 200 historias clínicas de niños entre los 1 y 17 años con el diagnóstico de apendicitis aguda no complicada y apendicitis aguda complicada; se formaron dos grupos, el grupo de estudio que incluía los cien pacientes niños diagnosticados de apendicitis aguda complicada y el grupo control conformado por los 100 niños diagnosticados de apendicitis aguda, se compararon y se correlacionaron las variables edad, sexo, raza, tiempo de enfermedad, grado de instrucción de los padres, historia de cirugía abdominal, diagnóstico preoperatorio e intra-operatorio, además de estado nutricional; Se encontró que la apendicitis aguda complicada tiene una asociación leve al sexo masculino (χ^2 9,2; p valor 0.002 OR 2.84), el tiempo de enfermedad está muy relacionado especialmente en > de 72 horas y de 24 a 36 horas (χ^2 87.8) al igual que los antecedentes de cirugía abdominal previa (χ^2 3.722, p valor 0.05, OR3.0

CAPITULO III : METODOLOGIA DEL ESTUDIO

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo y analítico en el servicio de cirugía general del Hospital María Auxiliadora en el periodo Julio – Diciembre del 2015

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de pacientes (570) atendidos en el servicio de cirugía general del hospital María Auxiliadora en el periodo julio-diciembre del año 2015 que ingresaron por emergencia. Aplicando criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 498 pacientes en total que formaron parte del presente estudio.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el servicio de emergencia , en el periodo julio-diciembre del 2015
- Paciente con diagnóstico de apendicitis aguda.
- Pacientes con tiempo de enfermedad menor o igual de 12 horas
- Pacientes mayores de 10 años y menores de 60 años de edad

2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes gestantes
- Pacientes que no tuvieron diagnóstico de apendicitis aguda
- Pacientes con tiempo de enfermedad mayor de 12 horas
- Pacientes menores de 10 años y mayores de 60 años de edad.

3.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se obtuvieron en fichas de recolección de datos mediante la revisión de las historias clínicas de cada paciente que cumpla con los criterios de inclusión y pueda ser parte del estudio.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó utilizando los programas OFFICE EXCEL 2003.2007 Y SPSS versión 22.0

CAPITULO IV : RESULTADOS

TABLA N ° 1: Edad de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Edad (años)		
N	Válido	498
	Perdidos	0
Media		30,22
Mediana		28,00
Moda		15
Desviación estándar		13,978

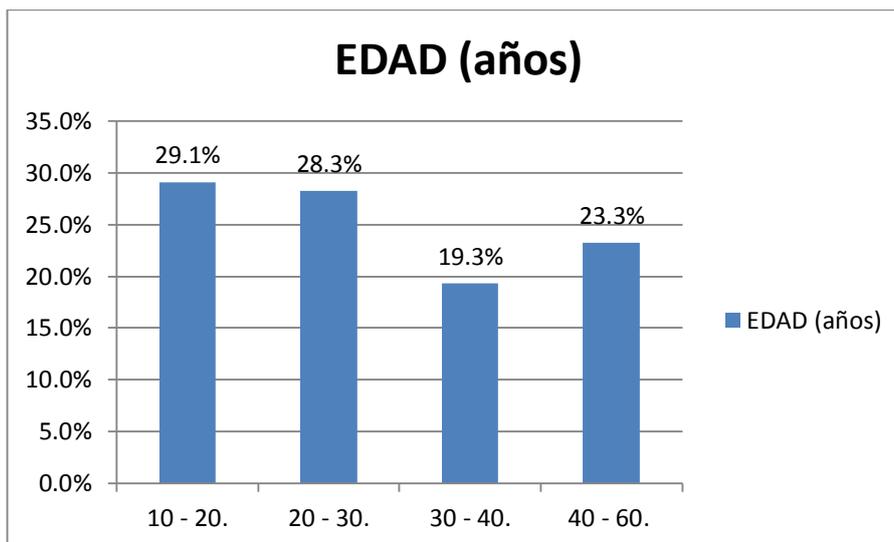
EDAD (años)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 10-20	145	29,1	29,1	29,1
20-30	141	28,3	28,3	57,4
30-40	96	19,3	19,3	76,7
40-60	116	23,3	23,3	100,0
Total	498	100,0	100,0	

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N 1** se puede apreciar que la edad media fue de 30.22 años , con un mínimo de edad de 10 años y máximo de 60años , el rango con mayor frecuencia (29.1%) se encuentra entre 10 – 20 años , media = 30.22 , Desviación estándar = 13.978

Gráfico N° 1: Distribución de grupo etario de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

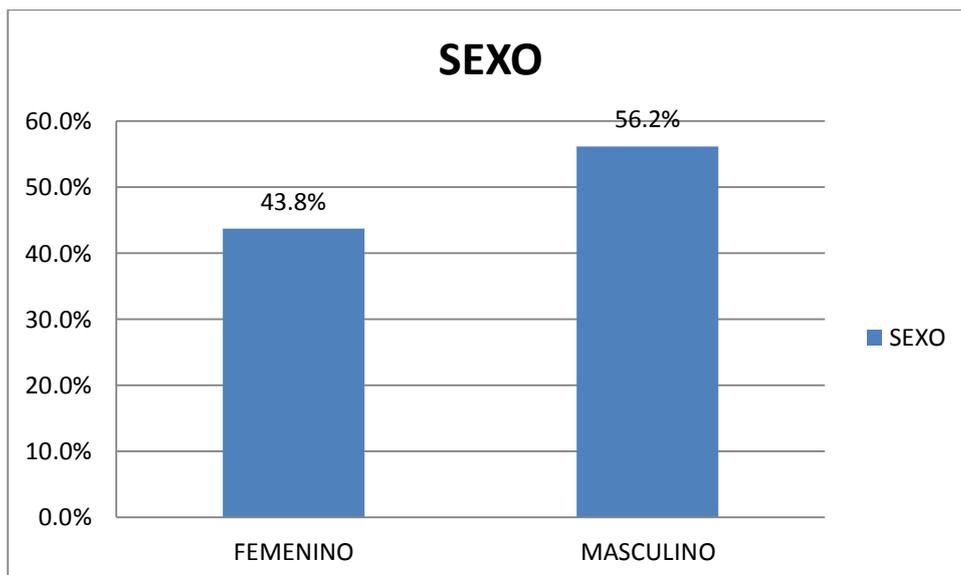
TABLA N ° 2 : Distribución del sexo de pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	218	43,8	43,8	43,8
Masculino	280	56,2	56,2	100,0
Total	498	100,0	100,0	

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N ° 2** se observa un predominio del sexo masculino con 56.2% , mientras que el sexo femenino estuvo presente en un 43.8% .

GRAFICO N ° 2 : Distribución del sexo de pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABLA N ° 3 : Distrito de procedencia de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

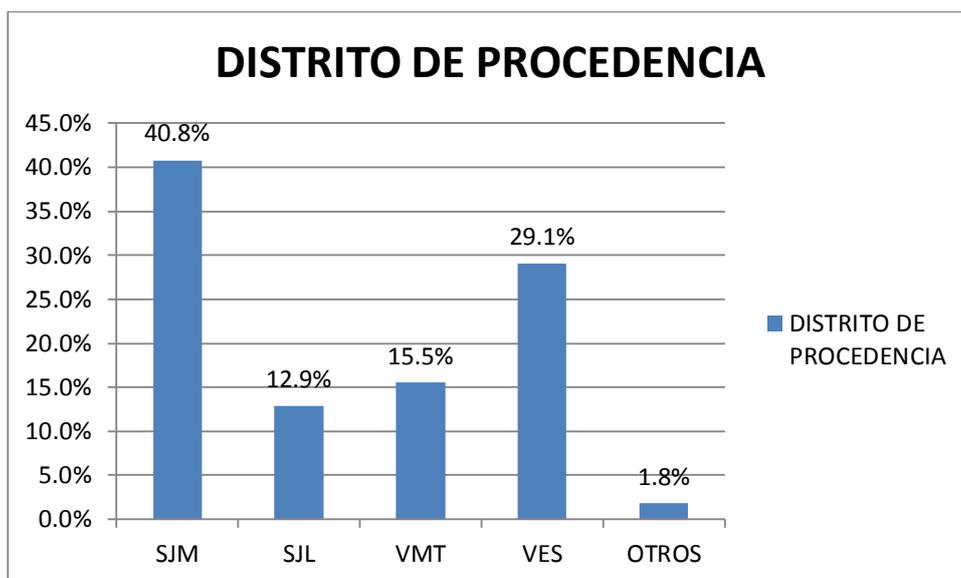
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido OTROS	9	1,8	1,8	1,8
SJL*	64	12,9	12,9	14,7
SJM*	203	40,8	40,8	55,4
VES*	145	29,1	29,1	84,5
VMT*	77	15,5	15,5	100,0
Total	498	100,0	100,0	

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

*SJM : San Juan de Miraflores , SJL : San Juan de Lurigancho , VES : Villa el Salvador, VMT : Villa Maria del Triunfo

En la **Tabla N 3** se observa que el distrito de procedencia con mayor frecuencia fue San Juan de Miraflores con un 40.8% , lo que es lógico al ser el distrito en el cual se encuentra ubicado el hospital donde se realizó el trabajo de investigación.

GRAFICO N ° 3 : Distrito de procedencia de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

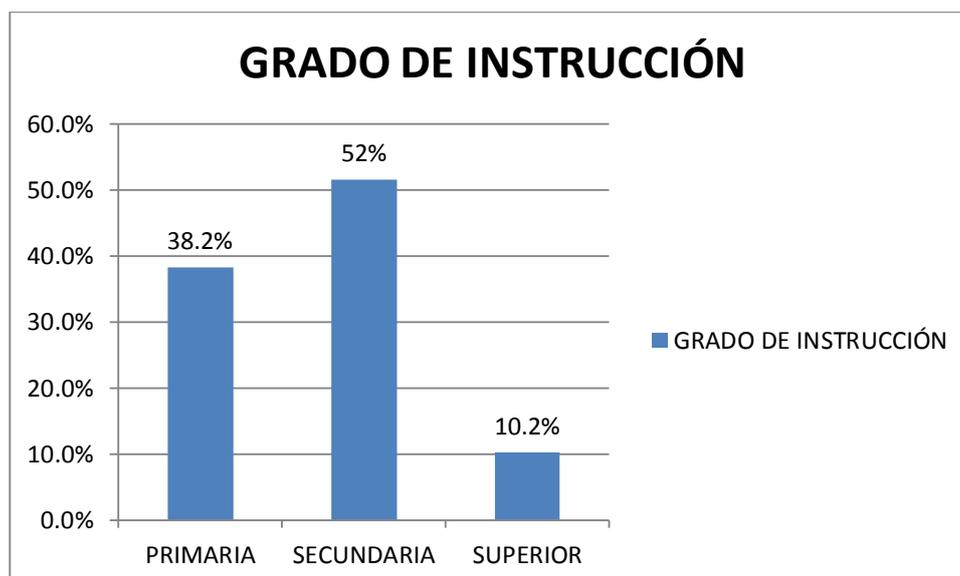
TABLA N ° 4 : Grado de instrucción de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Grado de instrucción				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido PRIMARIA	190	38,2	38,2	38,2
SECUNDARIA	257	51,6	51,6	89,8
SUPERIOR	51	10,2	10,2	100,0
Total	498	100,0	100,0	

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N 4** se observa que el grado de instrucción que más predominó fue “SECUNDARIA” con un 51.6% del total de pacientes , mientras que sólo el 10.2% del total tuvieron estudios superiores.

GRAFICO N ° 4 : Grado de instrucción de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABLA N ° 5 : Demora del manejo quirúrgico según edad de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

EDAD (años)*Demora del manejo quirúrgico tabulación cruzada

			Demora del manejo quirúrgico		Total
			SI	NO	
EDAD (años)	10-20	Recuento	33	112	145
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	33,0%	28,1%	29,1%
	20-30	Recuento	23	118	141
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	23,0%	29,6%	28,3%
	30-40	Recuento	18	78	96
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	18,0%	19,6%	19,3%
	40-60	Recuento	26	90	116
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	26,0%	22,6%	23,3%
Total		Recuento	100	398	498
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	100,0%	100,0%	100,0%

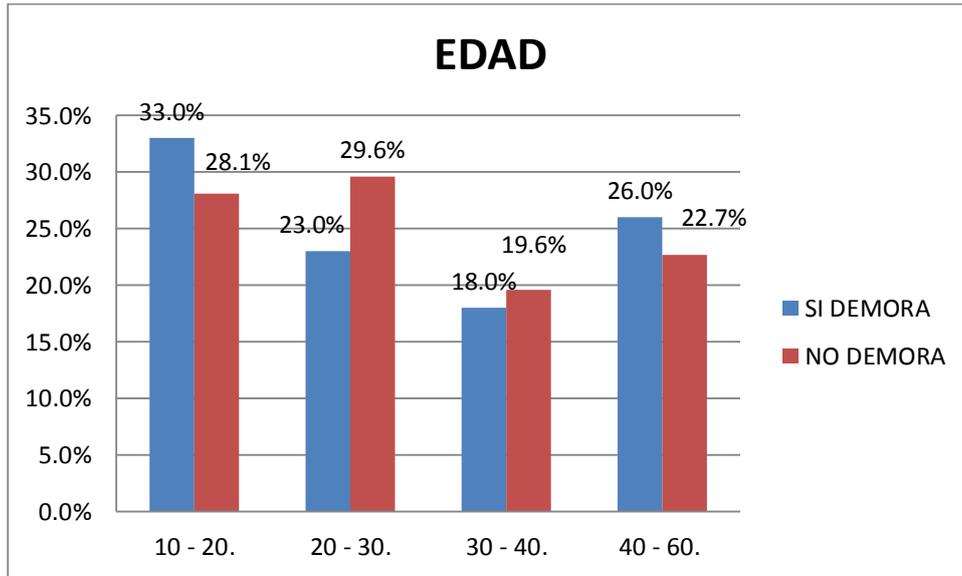
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,395 ^a	3	,495
Razón de verosimilitud	2,431	3	,488
Asociación lineal por lineal	,001	1	,980
N de casos válidos	498		

En la **Tabla N ° 5** se observa que la demora de manejo quirúrgico predominó entre las edades 10 – 20 años con un 33%, la asociación entre estas dos características se verificó a través del estadístico chi cuadrado de independencia, el cual nos arrojó un valor para el p igual a 0.495 por lo que se

concluye que no existe asociación entre la demora del manejo quirúrgico y la edad.

GRAFICO N ° 5 : Demora del manejo quirúrgico según edad de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABLA N ° 6 : : Demora del manejo quirúrgico según sexo de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Sexo*Demora del manejo quirúrgico tabulación cruzada

			Demora del manejo quirúrgico		Total
			SI	NO	
Sexo	Femenino	Recuento	43	175	218
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	43,0%	44,0%	43,8%
	Masculino	Recuento	57	223	280
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	57,0%	56,0%	56,2%
Total		Recuento	100	398	498
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significaci3n exacta (2 caras)	Significaci3n exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,031 ^a	1	,861		
Correcci3n de continuidad ^b	,004	1	,951		
Raz3n de verosimilitud	,031	1	,861		
Prueba exacta de Fisher				,910	,476
Asociaci3n lineal por lineal	,030	1	,861		
N de casos v3lidos	498				

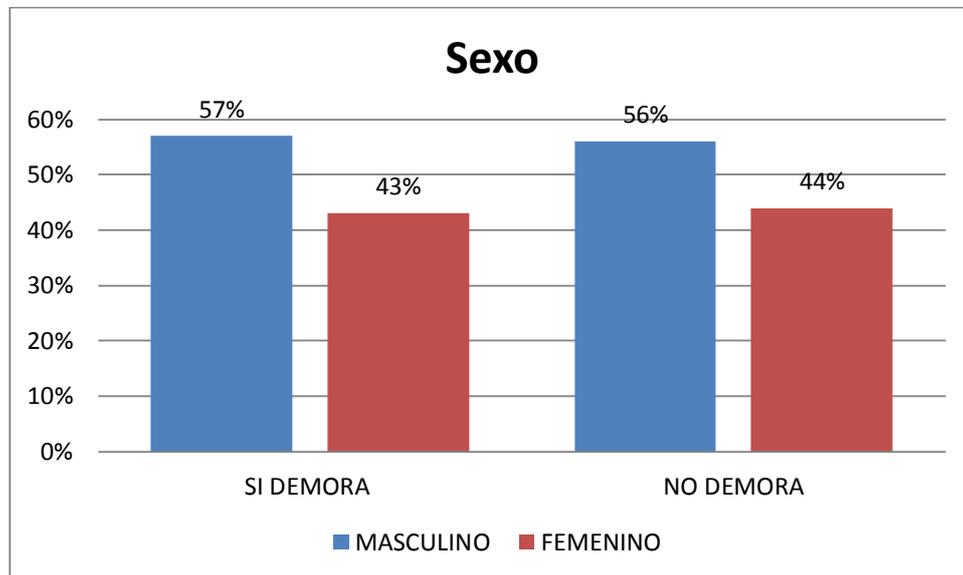
Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Sexo (Femenino / Masculino)	1,040	,668	1,619
Para cohorte Demora del manejo quirúrgico = NO	1,008	,923	1,101
Para cohorte Demora del manejo quirúrgico = SI	,969	,680	1,381
N de casos válidos	498		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N° 6** se observa que la demora del manejo quirúrgico predominó en el sexo masculino con un 57% , obteniendo un OR > 1 (OR = 1.040) con un intervalo de confianza del 95% (0.66 – 1.61) por lo que se considera que no alcanza significancia estadística como factor de riesgo. .

GRAFICO 6 : Demora del manejo quirúrgico según sexo de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABLA N ° 7 : Demora del manejo quirúrgico según distrito de procedencia de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Distrito de procedencia*Demora del manejo quirúrgico tabulación cruzada

			Demora del manejo quirúrgico		Total
			SI	NO	
Distrito de procedencia	OTROS	Recuento	1	8	9
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	1,0%	2,0%	1,8%
SJM	SJM	Recuento	11	53	64
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	11,0%	13,3%	12,9%
VES	VES	Recuento	46	157	203
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	46,0%	39,4%	40,8%
VMT	VMT	Recuento	27	118	145
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	27,0%	29,6%	29,1%
Total	Total	Recuento	15	62	77
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	15,0%	15,6%	15,5%
Total	Total	Recuento	100	398	498
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	100,0%	100,0%	100,0%

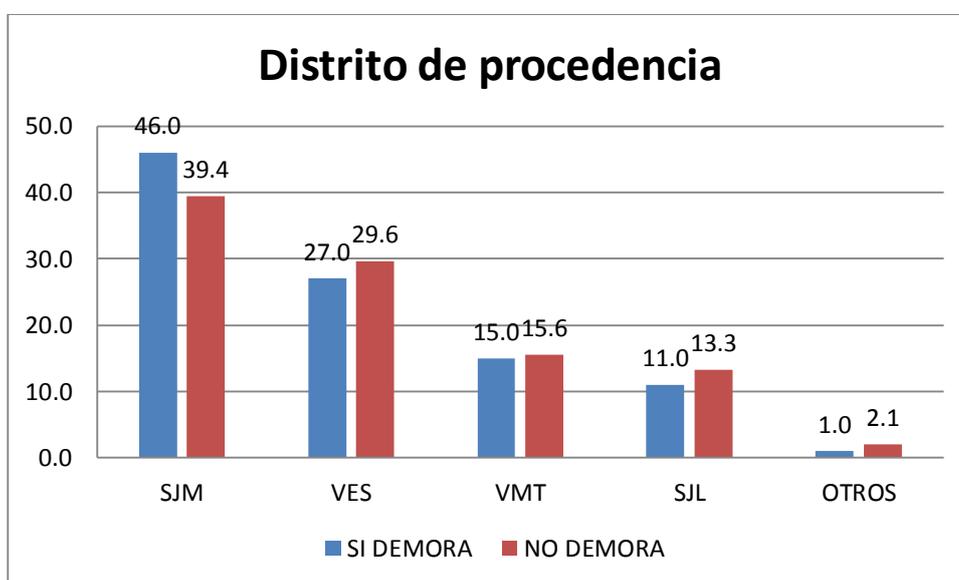
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,837 ^a	4	,766
Razón de verosimilitud	1,895	4	,755
Asociación lineal por lineal	,002	1	,960
N de casos válidos	498		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N° 7** se observa que la demora del manejo quirúrgico predominó en los pacientes procedentes de San Juan de Miraflores con un 46 % , con la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0.76 por lo que se concluye que no hay asociación entre el distrito de procedencia y la demora del manejo quirúrgico en el presente estudio.

GRAFICO N ° 7 : Demora del manejo quirúrgico según distrito de procedencia de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABLA N° 8 : Demora del manejo quirúrgico según grado de instrucción de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Grado de instrucción *Demora del manejo quirúrgico tabulación cruzada

			Demora del manejo quirúrgico		Total
			SI	NO	
Grado de instrucción	PRIMARIA	Recuento	42	148	190
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	42,0%	37,2%	38,2%
	SECUNDARIA	Recuento	45	212	257
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	45,0%	53,3%	51,6%
	SUPERIOR	Recuento	13	38	51
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	13,0%	9,5%	10,2%
Total		Recuento	100	398	498
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	100,0%	100,0%	100,0%

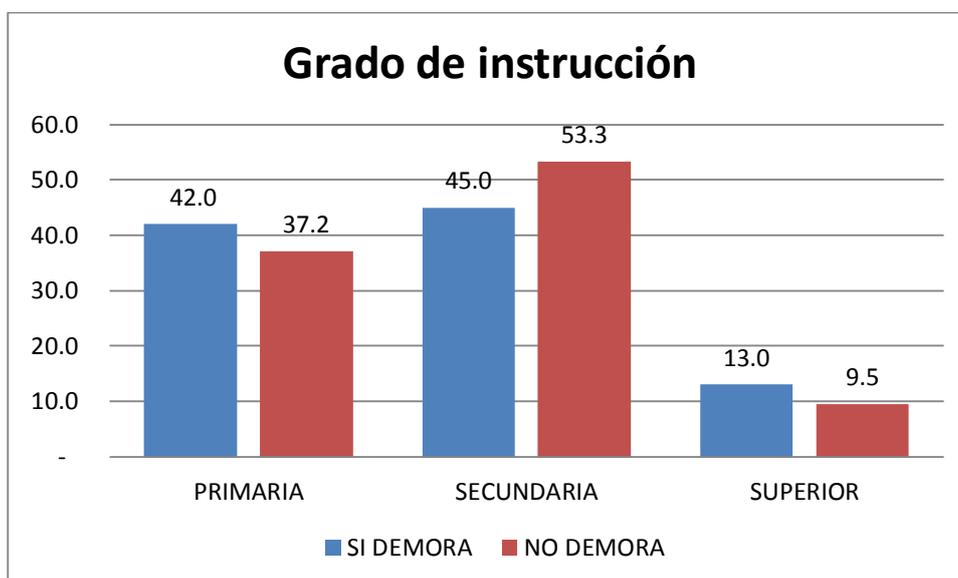
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,474 ^a	2	,290
Razón de verosimilitud	2,444	2	,295
Asociación lineal por lineal	,036	1	,849
N de casos válidos	498		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N° 8** se observa que la demora del manejo quirúrgico predominó en los pacientes con grado de instrucción secundaria con un 45%, con la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo un P valor de 0.290 por lo que se considera que no existe asociación entre el grado de instrucción y la demora de manejo quirúrgico.

GRAFICO N 8 : Demora del manejo quirúrgico según grado de instrucción de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABLA N 9 : Demora del manejo quirúrgico según automedicación de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Automedicación*Demora del manejo quirúrgico tabulación cruzada

			Demora del manejo quirúrgico		Total
			SI	NO	
Automedicación	SI	Recuento	83	78	161
		Recuento esperado	32,3	128,7	161,0
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	83,0%	19,6%	32,3%
	NO	Recuento	17	320	337
		Recuento esperado	67,7	269,3	337,0
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	17,0%	80,4%	67,7%
Total	Recuento	100	398	498	
	Recuento esperado	100,0	398,0	498,0	
	% dentro de Demora del manejo quirúrgico	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	146,846 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	143,962	1	,000		
Razón de verosimilitud	141,789	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	146,551	1	,000		
N de casos válidos	498				

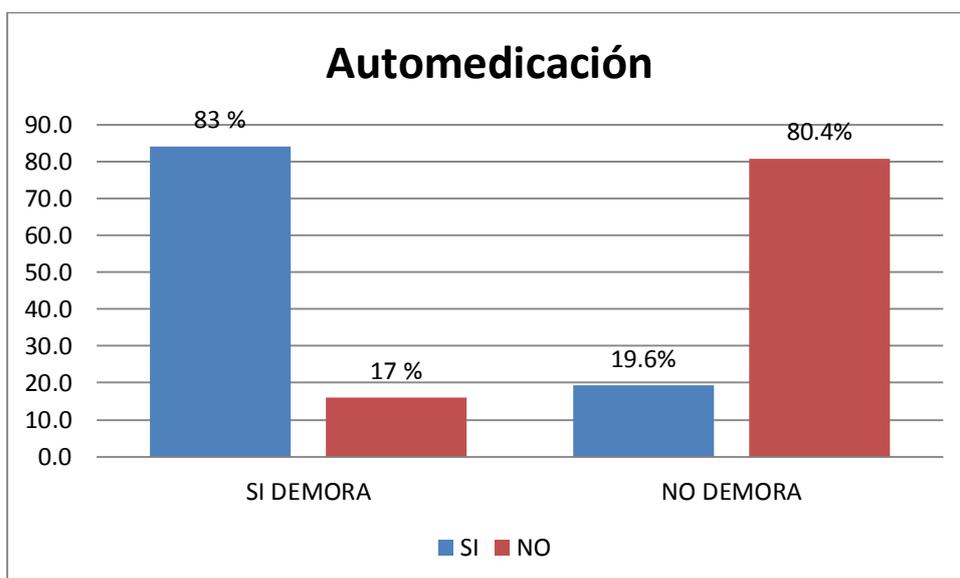
Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Automedicación (SI / NO)	20,030	11,243	35,685
Para cohorte Demora del manejo quirúrgico = SI	10,220	6,281	16,629
Para cohorte Demora del manejo quirúrgico = NO	,510	,434	,599
N de casos válidos	498		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N° 9** se observa que la demora del manejo quirúrgico predominó en los pacientes que se automedicaron con un 83 % , obteniendo un OR > 1 (OR = 20.03) con un intervalo de confianza del 95% (11.24 – 35.68) por lo que se considera que la automedicación es un factor asociado a la demora de manejo quirúrgico .

GRAFICO N 9 : Demora del manejo quirúrgico según automedicación de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABLA N 10 : Demora del manejo quirúrgico según presentación atípica del cuadro clínico de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Presentación atípica del cuadro clínico*Demora del manejo quirúrgico tabulación cruzada

			Demora del manejo quirúrgico		Total
			SI	NO	
Presentación atípica del cuadro clínico	SI	Recuento	62	74	136
		Recuento esperado	27,3	108,7	136,0
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	62,0%	18,6%	27,3%
	NO	Recuento	38	324	362
		Recuento esperado	72,7	289,3	362,0
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	38,0%	81,4%	72,7%
Total	Recuento	100	398	498	
	Recuento esperado	100,0	398,0	498,0	
	% dentro de Demora del manejo quirúrgico	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significaci3n exacta (2 caras)	Significaci3n exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	75,855 ^a	1	,000		
Correcci3n de continuidad ^b	73,684	1	,000		
Raz3n de verosimilitud	68,860	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociaci3n lineal por lineal	75,703	1	,000		
N de casos v3lidos	498				

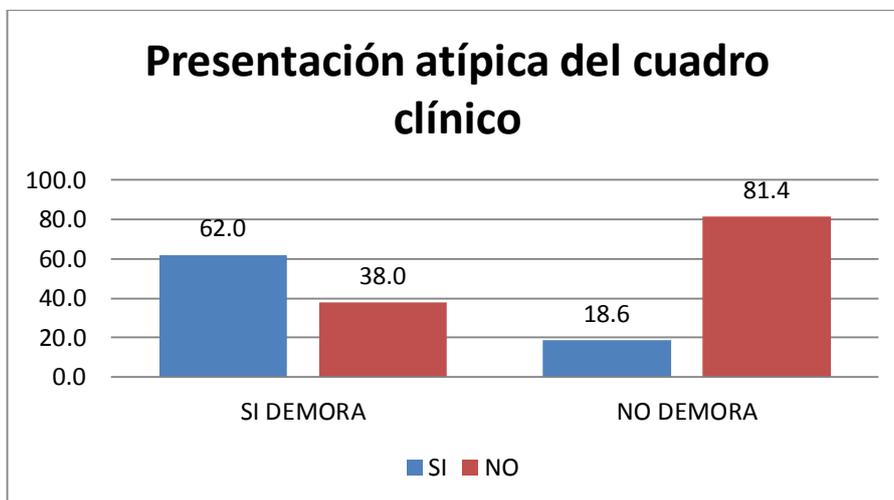
Estimaci3n de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Presentaci3n at3pica del cuadro cl3nico (NO / SI)	7,144	4,437	11,502
Para cohorte Demora del manejo quir3rgico = NO	1,645	1,405	1,926
Para cohorte Demora del manejo quir3rgico = SI	,230	,162	,328
N de casos v3lidos	498		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N° 10** se observa que la demora del manejo quir3rgico predomin3 en los pacientes con presentaci3n at3pica del cuadro cl3nico con un 62 %, obteniendo un OR > 1 (OR = 7.14) con un intervalo de confianza del 95% (4.43 – 11.50) por lo que se considera que la presentaci3n at3pica del cuadro cl3nico es un factor asociado a la demora del manejo quir3rgico .

GRAFICO N 10 : Demora del manejo quirúrgico según presentación atípica del cuadro clínico de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABALA N 11 : Demora del manejo quirúrgico según disponibilidad de SOP de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

Disponibilidad de SOP*Demora del manejo quirúrgico tabulación cruzada

			Demora del manejo quirúrgico		Total
			SI	NO	
Disponibilidad de SOP	SI	Recuento	29	349	378
		Recuento esperado	75,9	302,1	378,0
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	29,0%	87,7%	75,9%
	NO	Recuento	71	49	120
		Recuento esperado	24,1	95,9	120,0
		% dentro de Demora del manejo quirúrgico	71,0%	12,3%	24,1%
Total	Recuento		100	398	498
	Recuento esperado		100,0	398,0	498,0
	% dentro de Demora del manejo quirúrgico		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significaci3n exacta (2 caras)	Significaci3n exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	150,503 ^a	1	,000		
Correcci3n de continuidad ^b	147,311	1	,000		
Raz3n de verosimilitud	132,572	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociaci3n lineal por lineal	150,201	1	,000		
N de casos v3lidos	498				

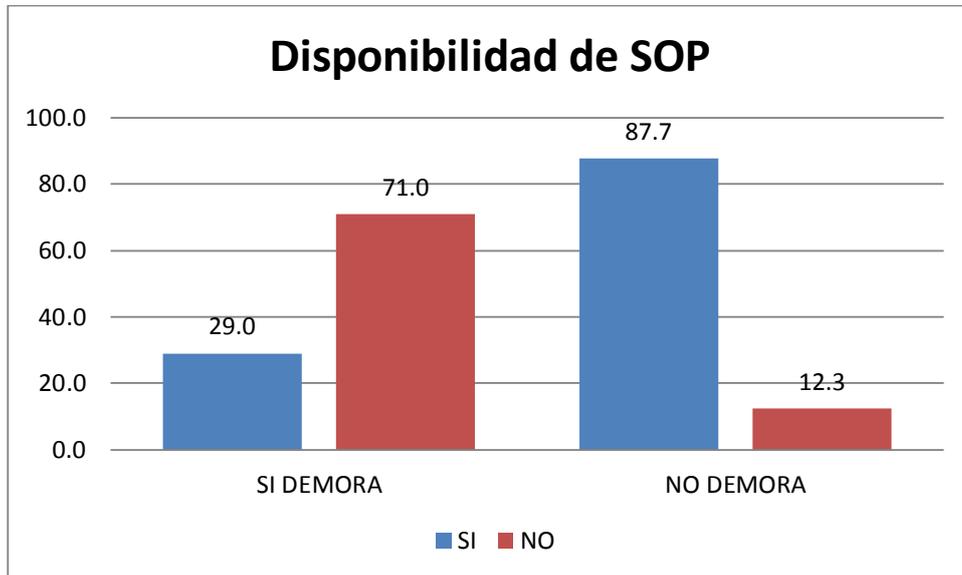
Estimaci3n de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Disponibilidad de SOP (NO (Si hubo demora) / SI (No hubo demora))	,057	,034	,097
Para cohorte Demora del manejo quir3rgico = NO	,442	,356	,550
Para cohorte Demora del manejo quir3rgico = SI	7,712	5,274	11,277
N de casos v3lidos	498		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

En la **Tabla N° 11** se observa que la demora del manejo quir3rgico predomin3 en los pacientes que no tuvieron disponibilidad de sala de operaciones con un 71 %, obteniendo un OR = 0.057 con un intervalo de confianza del 95% (0.034 – 0.097) por lo que se considera que la disponibilidad de sala de operaciones es un factor asociado a la demora del manejo quir3rgico.

GRAFICO N 11 : Demora del manejo quirúrgico según disponibilidad de SOP de los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

TABLA N° 12 : Frecuencia de cada variable en los pacientes atendido por apendicitis aguda en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Julio – Diciembre del 2015

n = 498

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años) : 10-20	145	29.1%
20-30	141	28.3%
30-40	96	19.3%
40-60	116	23.3%
Sexo : Masculino	280	56.2%
Femenino	218	43.8%
Distrito de procedencia :		
SJM*	203	40.8%
SJL*	64	12.9%
VES*	145	29.1%
VMT*	77	15.5%
Otros	9	1.8%
Grado de instrucción :		
Primaria	190	38.2%
Secundaria	257	51.6%
Superior	51	10.2%
Automedicación :		
SI	161	32.3%
NO	337	67.7%
Presentación atípica del cuadro clínico :		
SI	136	27.3%
NO	362	72.7%
Disponibilidad de SOP** :		
SI	378	75.9%
NO	120	24.1%
Demora del manejo quirúrgico :		
SI	100	20.1%
NO	398	79.9%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

*SJM : San Juan de Miraflores , SJL : San Juan de Lurigancho , VES : Villa el Salvador, VMT : Villa Maria del Triunfo

**SOP : Sala de operaciones

TABLA N° 13 : Resumen general de las variables en estudio según “OR” y valor “p”.

Variable	OR*	IC** : 95%	p
EDAD	--	--	0.49
SEXO	1.04	0.60 - 1.61	0.86
GRADO DE INSTRUCCIÓN	--	--	0.29
DISTRITO DE PROCEDENCIA	--	--	0.76
AUTOMEDICACIÓN	2.03	11.24 - 35.68	0.00
PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL CUADRO CLÍNICO	7.14	4.43 - 11.50	0.00
DISPONIBILIDAD DE SALA DE OPERACIONES	0.05	0.03 - 0.97	0.00

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

*OR : Odds ratio **IC: Intervalo de confianza

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Durante el periodo Julio – Diciembre del 2015 fueron atendidos 571 pacientes por apendicitis aguda en el Hospital Maria Auxiliadora , de los cuales 498 forman parte del presente estudio ; se observó que la media de edad fue de 30.22 años donde el 29.1% se encuentra entre 10-20 años , un resultado similar al encontrado por el Dr. Dolores Velasquez y colaboradores en su estudio “Premedicación , factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda” realizado en el año 2009 donde encuentran una media de edad = 29.44 años . La literatura menciona que la mayor frecuencia se da en gente joven , en el estudio se observó que hubo mayor demora en el manejo quirúrgico en el rango de edades 10 – 20 años con un 33 % algo semejante a lo encontrado por Arcana Mamani en el año 2005 donde evidenció que el grupo etario de mayor frecuencia estuvo entre 15 a 24 años con 44.3%.

De la población estudiada se observó un predominio del sexo masculino en un 56.2% , la demora del manejo quirúrgico fue mayor en los varones con un 57% lo que coincide con el estudio de Marisol De la Cruz titulado “Factores que retrasan el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda complicada” en el año 2007 en el Hospital Belen de Trujillo donde encontraron que el 68.7% de los pacientes con apendicitis aguda complicada por retraso de manejo quirúrgico fueron del sexo masculino.

El distrito de procedencia de los pacientes en estudio que predominó fue San Juan de Miraflores con un 40.8% lo que era esperado por ser el distrito en el cual está ubicado el hospital donde se llevó a cabo el estudio , a pesar de esto se observó que la mayor cantidad de demora de manejo quirúrgico se presentó en los pacientes procedentes de este mismo distrito con un 46% lo que contrasta

con el estudio hecho por De la Cruz estrada en el año 2007 donde se evidencia que la lejanía del lugar de procedencia tuvo mayor repercusión con 67% de pacientes con apendicitis aguda complicada por demora del manejo quirúrgico y también con el estudio publicado por Cabrejos P. y colaboradores titulado “Factores causantes y consecuencias de la demora en el tratamiento quirurgico de pacientes con apendicitis aguda en el hospital de apoyo de Chachapoyas entre 1995 y 2000”. Donde se encontró que de los pacientes operados tardíamente el 80% acudía de la periferia de la ciudad.

Con respecto a la variable grado de instrucción se obtuvo que un 51.6 % tenía instrucción secundaria , de los cuales el 45% hubo demora del manejo quirúrgico , mientras que los pacientes con grado de instrucción superior hubo demora de manejo quirúrgico en un 13% algo similiar a lo encontrado por Arcana en su estudio “Factores relacionados con la apendicitis aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en emergencia del HNAL un enfoque basado en la evidencia 2003” donde reporta que de los pacientes con apendicitis aguda complicada el 11% tienen instrucción superior , 78% entre primaria y secundaria.

Está escrito en muchos trabajos de investigación que la automedicación es uno de los principales factores de riesgo que favorecen la demora de una atención adecuada en los pacientes con apendicitis aguda por “enmascarar” el cuadro clínico , Velazquez en el 2009 , realizó un estudio de premedicación como factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda y demostró que el 58.9% de los pacientes fueron premedicados con analgésicos lo que llevo a una demora del manejo quirúrgico , algo similar se encontró en el presente estudio donde se vio que el 83% de pacientes que se automedicaron con

analgésicos tuvo demora del manejo quirúrgico y por ende apendicitis aguda complicada .

La presentación atípica del cuadro clínico no es muy frecuente pero cuando se presenta puede llevar al error diagnóstico en una primera instancia , en esta investigación se concluyó que sólo el 27.3% presentó cuadro clínico atípico de los cuales el 62% tuvo demora del manejo quirúrgico por lo que es considerado como un factor de riesgo a diferencia del estudio hecho por Beltrán S. y colaboradores titulado “Sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis” donde se concluye que el 67.1% de los pacientes con cuadro clínico atípico tuvieron un diagnóstico en las primeras 24 horas de evolución por ende la presentación atípica del cuadro clínico no influye en la demora del manejo quirúrgico.

Hay muy poca bibliografía respecto a disponibilidad de sala de operaciones y su repercusión en la demora y/o complicaciones posteriores , en el presente estudio se pudo evidenciar la importancia de contar con sala de operaciones disponible al arrojar que un 71 % de pacientes que no contaron con disponibilidad de sala de operaciones tuvieron complicaciones de su cuadro clínico a diferencia de lo encontrado por Novoa E. y colaboradores en su estudio realizado en el Hospital de apoyo de Chachapoyas donde se obtuvo que solo el 10% de los pacientes que esperaron 12 horas para ser intervenidos presentaron apendicitis aguda complicada , estos resultados deben ser verificados en estudios posteriores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- 1.- La mayoría de pacientes atendido por apendicitis en este estudio estuvieron entre 10 – 20 años de edad siendo los mismos de este grupo los que presentaron mayor porcentaje de demora de manejo quirúrgico.
- 2.- No se encontró asociación entre la edad y la demora del manejo quirúrgico en el estudio.
- 3.- El género masculino predominó en los pacientes atendidos por apendicitis aguda en el hospital Maria Auxiliadora en el periodo julio – Diciembre del 2015.
- 4.- La variable sexo no alcanzó significancia estadística como factor de riesgo para demora manejo quirúrgico en el presente estudio .
- 5.- El Distrito de procedencia de los pacientes en estudio fue en su mayoría San Juan de Miraflores .
- 6.- El distrito de procedencia no es un factor de riesgo para demora de manejo quirúrgico en el presente estudio.
- 7.- El grado de instrucción que predominó fue nivel secundaria , no se encontró asociación con la demora del manejo quirúrgico
- 8 .- La automedicación es el principal factor de riesgo para demora del manejo quirúrgico en el presente estudio, seguido por la disponibilidad de sala de operaciones y la presentación atípica del cuadro clínico respectivamente.

RECOMENDACIONES

1.- Tener en cuenta las características sociodemográficas de la población en estudio para investigaciones posteriores.

2.- Crear conciencia en la población mediante campañas sobre las consecuencias que puede llevar la automedicación previa con analgésicos frente a cuadros de dolor abdominal leves e intensos.

3.- Capacitar al personal médico sobre la variedad en las presentaciones de un cuadro clínico de apendicitis aguda para un diagnóstico e intervención quirúrgica precoz.

4.- Se recomienda ampliar estudios sobre disponibilidad de sala de operaciones y su repercusión en las complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barena A, Chavez C, Mendez M. Estado actual de la apendicitis. Médica Sur Sociedad de Médicos 2003; 10 (3): 122-128
- 2.- Chen H , Ng , Lai K. Delays by patients , emergency physicians and surgeons in the management of acute apendicitis : retrospective study. HKMJ 2000; 6(3) : 254-259
- 3.- Vargas A. Lopez S. Ramirez D , Rodriguez A , Fernandez E. Apendicitis . factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. Cir Gen 2001; 23(3) : 154 -157
- 4.- Azabache W. Protocolo de Tratamiento de Apendicitis aguda – Hospital regional Docente de Trujillo. Revista medica de Trujillo. 2000; 4(1) : 41-48.
- 5.- Murch M. Diarrea, retraso diagnostico y apendicitis. The Lancet 2000 ; 356:787
- 6.- Silen W. Apendicitis aguda en : Harrison , Ed. Principios de Medicina interna, 14 Madrid: Interamericana Mc Graw Hill, 1998: vol 2 : 1883 – 1885.
- 7.- Lee S, Walsh A, Ho .H. Computed tomography and ultrasonography do not improve and may delay the diagnosis and treatment of acute apendicitis. Arch Surg 2001 ; 136 (5) : 556-562.
- 8.- Wagner M, Kinney P y Carpenter L. Padece este paciente una apendicitis? JAMA 1996; 6(4) : 159-164.
- 9.- Lee J, Leow C , Lau W. Apendicitis in the elderly : what has changed? Isr Med Assoc 2000; 2: 220-223
- 10.- Velasquez J. Ramirez F. Vega J. Premedicacion , factor de retraso en el diagnostico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda, hospital regional PEMEX. Salamanca Guanajuato. Abril 2009.
- 11.- Schwartz. Principios de cirugía : 9na edición; p.1084.
- 12.- Hernandez , B. Eiros- Bouza , JM. Automedicacion con antibióticos: una realidad vigente. Centro de salud 2001 ; pags.9 : 357-364.
- 13.- Arcana, H. Factores relacionados con la apendicitis aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en emergencia de HNAL un enfoque basado en evidencia 2003. Lima – Peru 2004.
- 14.- Apuntes sobre salud. Colombia: Gustavo Alvarez G. ; 8 de enero del 2013. <http://blogs.portafolio.co/apuntes-de-salud/>
- 15.- Dr. Dolores V. Dr. Ramirez S. Dr. Vega M. PREMEDIACION , FACTOR DE RETRASO EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA APENDICITIS AGUDA , cirujano general vol. 31 num. 2 (2009) ; p. 105-109.
- 16.- De la Cruz E. “FACTORES QUE RETASAN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA” Hospital Belen de Trujillo , 2007

- 17.- Garcia C. Diaz F. Chiriboga S. FACTORES QUE RETRASAN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA, hospital Homero Castanier Crespo, Azogues : Cuenca – Ecuador 2013.
- 18.- Dr. Vargas D. Dra. Lopez R. Dr. Ramirez T.”APENDICITIS, FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL RETRASO DEL TRATAMIENTO” cirujano general vol. 23 num. 3 – 2001 ; p. 154-157.
- 19.- Cabrejos P. Novoa E. Iyo S. “FACTORES CAUSANTES Y CONSECUENCIAS DE LA DEMORA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE APOYO DE CHACHAPOYAS ENTRE 1995 Y 2000”. Revista med hered 12 (1) , 2001 ; p. 3-6
- 20.- Dr. Onofre A. “APENDICITIS AGUDA : FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO TARDIO Y EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIOS” Instituto mexicano del seguro social , dirección regional del sur , centro medico nacional “ Adolfo Ruiz Cortinez” , Veracruz ; febrero 2009.
- 21.- Lunca, S; Bouras, G; Romedea, N. Acute Appencitis in the elderly patients: Diagnostic problems, Prognostic factors and Outcomes. Romanian Journal of Gastreenterology Dec 2004 Vol 13 N° 4 pag 209 – 303.
- 22.- Maldonado P. Lopez R. “FACTORES DE RIESGO EN APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE CUENCA. AÑOS: 2006, 2007 Y 2008” ; Universidad de Cuenca ; Ecuador : 2010
- 23.- Dr. Vitolo F. “RETRASO EN EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS” Noble S.A http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/28.pdf
- 24.- Arcana M. “FACTORES RELACIONADOS CON LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN PACIENTES DE 15 A 60 AÑOS EN EMERGENCIA DEL HNAL UN ENFOQUE BASADO EN LA EVIDENCIA 2003” UNMS , facultad de medicina humana – 2004.
- 25.- Drs. BELTRÁN S, VILLAR M, F TAPIA, E.U. KARINA B. “Sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis” Unidad de Emergencias, Departamento de Cirugía, Hospital de Ovalle – 2004.
- 26.- Garcia T. Hernandez O. “ FACTORES ASOCIADOS A LA PERFORACION APENDICULAR EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA . EXPERIENCIA EN EL NUEVO SANATORIO DURANGO” VOL. 56 NUM. 3 MAYO – JUNIO ; 2013
- 27.- GARCES M . “Detección de los factores de riesgo para la presencia de apendicitis aguda perforada en la población pediátrica “ Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía Unidad de Cirugía Pediátrica Bogotá D.C., Colombia ; 2014.
- 28.- Vasquez R. Garcia O. Fernadex L. “Apendicitis aguda en la infancia. Factores asociados al retraso diagnóstico” Urgencias pediátricas . Hospital de Cruces . Barakaldo; 2006;18:151-155.
- 29.- Villaizan J. Rubio N. Vidales F. “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A APENDICITIS COMPLICADA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO ENTRE ENERO Y DICIEMBRE DEL 2005” Instituto de Investigación. Facultad de Medicina Humana ; 200

ANEXOS

ANEXO 1:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HISTORIA CLINICA:

EDAD: 10-20 ()

20-30 ()

30-40 ()

40-60 ()

SEXO : FEMENINO () MASCULINO ()

PROCEDENCIA : SJM () SJL () VMT () VES () OTROS ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN : PRIMARIA () SECUNDARIA () SUPERIOR ()

AUTOMEDICACION : SI () NO ()

PRESENTACION ATIPICA DEL CUADRO CLINICO : SI () NO ()

DISPONIBILIDAD DE SOP : SI () NO ()

DEMORA DE MANEJO QUIRÚRGICO (APENDICITIS AGUDA COMPLICADA) : SI () NO ()

ANEXO 2 : Operacionalización de variables

Denominación	Tipo	Naturalidad	Medición	Indicador	Unidad de Medida	Instrumento	Dimensión	Definición Operacional	Definición Conceptual
Género	Independiente	Cualitativa	Nominal	Identidad sexual	Femenino Masculino	Fichas de datos	Biológica	Masculino/Femenino	Condición orgánica, masculina o femenina
Edad	Independiente	Cuantitativa	Intervalo	Fecha de Nacimiento	10-20/ 20-30 / 30-40 / 40-60	Fichas de datos	Biológica	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona evaluada	Tiempo que ha vivido
Procedencia	Independiente	Cualitativa	Nominal	Lugar del cual procede	VMT / VES / SJM / SJL/ OTROS	Fichas de datos	Social	Lugar de donde proviene la persona antes que se atiende en hospital	Lugar de donde proviene la persona
Grado de instrucción	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Nivel de estudio	Primaria / secundaria/ superior	Fichas de datos	Social	Nivel académico que cursó o cursa la persona en estudio	El nivel de instrucción de una persona, es el grado más elevado de estudios realizados o en curso
Automedicación	Independiente	Cualitativa	Nominal	Consumió algún analgésico	SI / NO	Fichas de datos	Social	Consumió analgésico durante episodio actual	Acción de medicarse sin prescripción médica.
Cuadro clínico Atípico	Independiente	Cualitativa	Nominal	No presentó cronología de Murphy	SI / NO	Fichas de datos	Clínico	Presentación de clínica que no inicia con dolor en epigastrio o mesogastrio y se localiza en fosa iliaca	Características que no son comunes en determinada patología
demora de Sala de operaciones disponible	Independiente	Cualitativa	Nominal	Sala de operaciones no disponible	SI / NO	Fichas de datos	Genésico	Demora de disponibilidad de sala de operaciones que favorece apendicitis aguda complicada : evolución mayor de 24 horas	Retraso de Sala de operaciones disponible para acto quirúrgico