

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**CORRESPONDENCIA DIAGNOSTICO PROPEDEUTICA Y
ANATOMOPATOLÓGICA MACROSCOPICA POSTQUIRÚRGICA
EN APENDICITIS AGUDA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES LAMBAYEQUE 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. Med. Roberto Daniel Luna Victoria Moreno

ASESOR:

Dr. Alfonso Antonio Vallejos Olmos

CHICLAYO PERÚ

2019

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**CORRESPONDENCIA DIAGNOSTICO PROPEDEUTICA Y
ANATOMOPATOLÓGICA MACROSCOPICA POSTQUIRÚRGICA
EN APENDICITIS AGUDA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES LAMBAYEQUE 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. Med. Roberto Daniel Luna Victoria Moreno

ASESOR:

Dr. Alfonso Antonio Vallejos Olmos

CHICLAYO PERÚ

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. Ser uno de los mejores médicos cirujanos que puede tener el Perú.

A mis padres, enfatizo a mi madre sobre todo por dar todo lo mejor de ella, así mismo por su entrega, amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, A mi fiel y estimada amiga que siempre ha estado en las buenas en las malas y las pésimas conmigo siempre que ahora ser mi más anhelado tesoro, Mi esposa, a mi Primogénito Joaquín Rodolfo que con la llegada a este mundo ha motivado cada uno de mis días para ser mejor cada día. Y a mi hermano por ser mi fiel escudero en toda esta travesía universitaria, Y a mi abuelita que es mi ángel de la Guarda. Gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Mi Dios todo poderoso a Jesucristo por escuchar siempre mis suplicas y a la Virgen María por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Roberto Alberto Luna Victoria Asmad, a ti papá por enseñarme que la vida puede ser dura que puede pegar tan fuerte como no te lo puedas imaginar a aguantar con el alma, pero sobre todo a no darme por vencido. Gracias por enseñarme a vivir pues de tus errores aprendí a escalar más alto, gracias por enseñarme esa gran lección de vida que lo bueno cuesta y si realmente lo quiere pues debes sacrificar todo por ello.

A mi Santa Madre Doña Lidia Moreno Estrada, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis metas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco mucho a mi hermano quien siempre ha sido mi fiel escudero en toda esta travesía universitaria, A él le debo el arte de dominar las elocuentes ideas de soluciones a todo el problema que se me presenta.

A mi mejor amiga, mi fiel amante y compañera que siempre creyó en mí pese a no tener nada, por ser en todo tiempo mi motivo mi inspiración de seguir adelante y que siempre logro sacar lo mejor de mí en las peores situaciones a ti te dedico este logro Esposa mía Carmen M. Crisanto Frías. A ti mi princesita me falta universo entero por agradecerte por estar siempre a mi dado día a día enamorando mi sendero de vivir.

Gracias a mi hijito Joaquín Rodolfo Luna Victoria Crisanto. Por ser el más grande motor de mi vida y el empuje para lograr mis metas.

Gracias totales.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCION.....	9
1.1 Antecedentes del tema	9
1.2 Estado actual del tema	10
1.3 Fundamentos teóricos	12
1.4 Formulación del problema	16
1.5 Justificación e Importancia del estudio:.....	16
1.6 Hipótesis.....	17
1.7 Objetivos	17
1.7.1 Generales	17
1.7.2 Específicos	17
II. METODOLOGIA.....	18
2.1 Tipo de investigación	18
2.2 Diseño y contrastación de hipótesis.....	18
2.3 Variables	18
2.4 Operacionalización de Variables.....	19
2.5 Materiales y procedimientos.	20
2.6 Consideraciones éticas (Helsinki)	22
III. RESULTADOS.....	23
IV. DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	41
ANEXOS.....	45

INDICE DE TABLAS

- Tabla N° 01. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA (Edad de los afectados, Género); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 02. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA (Tiempo de enfermedad, Forma de inicio); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018.
- Tabla N° 03. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA (Carácter del dolor abdominal, Forma de inicio, Síntomas adjuntos); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 04. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA (Carácter del dolor abdominal, Curso de enfermedad); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 05. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA (Topografía dolorosa abdominal); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 06. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA (Propedéutica clínica, Topografía dolorosa abdominal); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 07. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA (Estadía je clínico); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 08. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA (Situación anatómica, Topografía dolorosa abdominal); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 09. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA (Elemento ocluyente, Estadio evolutivo); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 10. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA (Situación anatómica, Estadio evolutivo); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 11. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA (Propedéutica clínica, Estadio evolutivo); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018
- Tabla N° 12. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS MACROSCOPICA EN APENDICITIS AGUDA (Estadio evolutivo, Estadía je clínico); Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014 – 2018

RESUMEN

El estudio, tiene como meta demostrar la correlación que tiene la propedéutica clínica aplicada en el momento evaluatorio pre operatorio y el hallazgo post operatorio de pacientes con apendicitis aguda, atendidos Hospital Regional Docente Las Mercedes – Lambayeque, periodo Enero 2014 – Abril 2018. Esta investigación es descriptiva y retrospectiva. Se revisaron 325 historias clínicas; seleccionadas 300 historias clínicas, cumplieron con criterios de inclusión. Se encontró, la edad de mayor frecuencia, situada entre 10 años a 15 años edad con 29 % y mediana frecuencia entre 21 años a 25 años edad con 18 %; el género masculino con 51 % y el género femenino de 49 % obtuvieron un resultado homogéneo; el tiempo de enfermedad más frecuente estuvo comprendido entre las 24 horas a 48 horas y en mediana frecuencia a 72 horas; el tipo de presentación más frecuente fue tipo insidioso con 60 %, seguido en mediana proporción por tipo presentación gradual con 25 %; el carácter tipo cólico fue el de mayor frecuencia, seguido en segundo lugar el dolor de carácter tipo retorcijón y tercer lugar dolor carácter tipo difuso; el síntoma adjunto más prevalente fue la Hiporexia, seguido en mediana presentación alza térmica, en menor presentación la náusea y el vómito; el curso de enfermedad más prevalente fue el tipo progresivo; La región topográfica dolorosa abdominal de inicio predominante fue la región epigástrica y en menor presentación la región Mesogástrico; La técnica de elección empleada por los cirujanos al momento de evaluar un pacientes con apendicitis aguda que ingresa al servicio de emergencia del hospital, es el Punto Mc. Burney's, optando por otros signos y técnicas como de S. Rovsing en segundo lugar, en tercer lugar el Punto Lecene, en cuarto lugar el S. Psoas, en quinto lugar S. Blumberg o Rebote y sexto lugar es la temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$; la etapa clínica complicada de la apendicitis aguda fue de mayor prevalencia y hallazgo durante el diagnóstico de la apendicitis aguda en los casos estudiados, siendo la apendicitis con peritonitis generalizada y localizada de mayor frecuencia; La situación apendicular más frecuente en nuestro medio es la situación anterior retro ileal y en mediana la apéndice de situación posterior retrocecal ascendente lateral; el elemento ocluyente predominante en los casos de apendicitis aguda estudiados fue el fecalito, segundo parasito y tercer lugar la hiperplasia nodular; estadio gangrenoso y Perforativo se relaciona más con los casos de apendicitis aguda complicada y el estadio congestivo y flemonoso se relaciona más con los casos no complicados de apendicitis aguda.

Palabras Clave: Propedéutica, Apendicitis aguda, Anatomopatológica Macroscopica.

ABSTRACT

The aim of the study is to demonstrate the correlation of the clinical propedeutics applied in the pre-operative evaluation period and the postoperative finding of patients with acute appendicitis, attended by the Las Mercedes - Lambayeque Regional Teaching Hospital, period January 2014 - April 2018. This research It is descriptive and retrospective. We reviewed 325 medical records; selected 300 medical records, met inclusion criteria. It was found, the age of greatest frequency, located between 10 years to 15 years old with 29% and medium frequency between 21 years to 25 years old with 18%; the masculine gender with 51% and the feminine gender of 49% obtained a homogeneous result; the most frequent sickness time was between 24 hours to 48 hours and in median frequency to 72 hours; the most frequent type of presentation was insidious type with 60%, followed in medium proportion by type gradual presentation with 25%; the character type colic was the most frequent, followed in the second place by the pain of the character of the writhing type and third by the pain of the diffuse type; Hyporexia was the most prevalent symptom, followed by a moderate thermal rise, followed by nausea and vomiting; the most prevalent disease course was the progressive type; The predominant abdominal pain topographic region was the epigastric region and in lesser presentation the Mesogastric region; The technique of choice used by surgeons when evaluating patients with acute appendicitis who enters the hospital's emergency service is Point Mc. Burney's, opting for other signs and techniques such as S. Rovsing in second place, in third place Lecene Point, in fourth place S. Psoas, in fifth place S. Blumberg or Bounce and sixth place is temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$; the complicated clinical stage of acute appendicitis was of greater prevalence and finding during the diagnosis of acute appendicitis in the cases studied, with appendicitis with generalized and localized peritonitis of greater frequency; The most frequent appendiceal situation in our environment is the anterior retro-ileal situation and in median the retrocecal posterior lateral ascending appendix; the predominant occluding element in the cases of acute appendicitis studied was fecalite, second parasite and third place nodular hyperplasia; Gangrenous and Perforative stage is more related to cases of complicated acute appendicitis and the congestive and phlegmonous stage is more related to uncomplicated cases of acute appendicitis.

Palabras Clave: Propedéutica, Apendicitis aguda, Anatomopatológica.Macroscópica.

I. INTRODUCCION

1.1 Antecedentes del tema

Reyes C. (Nicaragua 2016). Realizo un estudio descriptivo de corte transversal con objetivo conocer la correlación clínico - histopatológica en pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda, siendo muestra de estudio 228 historias clínicas evaluadas, que cumplieron con requisitos y criterios de inclusión del estudio; hallándose sexo masculino predominante con rango etario 15 a 30 años, siendo dolor abdominal y anorexia síntomas frecuentes; se obtuvo una buena correlación en cuanto a la clínica y el diagnóstico histopatológico post operatorio; aunque esta correlación mantenía una mínima de intervalo de error correlativo, su rango de certeza correlativa en buena y alta. (1)

Vargas M. (Perú 2017). Ejecuto una investigación corte analítico retrospectivo carácter transversal con objetivo determinar nivel relación entre diagnóstico preoperatorio y anatomopatológico macroscópica de apendicitis aguda, con 116 historias clínicas admitidas; hallándose sexo masculino afectado mayor frecuencia, la apendicitis aguda complicada, demostró ser diagnóstico preoperatorio mayor frecuencia con fuerte vínculo anatomopatológico, obteniendo el estado gangrenoso mayormente hallado; resulto haber una correlación sutil entre diagnóstico preoperatorio y anatomopatológico macroscópica, teniendo una fuerte relación la variable clínica con respecto al tiempo evolutivo anatomopatológico. (2)

Tafur G. (Perú 2015). Efectuó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con objetivo deslindar correlación clínica, quirúrgica e histopatológica de pacientes de 18 años con apendicitis aguda, evaluándose 115 historias clínicas concedidas; evidenciándose sexo masculino agraviado en mayor frecuencia con edad entre 10 a 13 años, con tiempo de enfermedad 24 horas promedio, teniendo síntomas principales dolor abdominal, vómito y náuseas, predominando signo de Mc. Burney's; el diagnóstico clínico presuntivo predominante apendicitis aguda complicada, siendo correspondiente al diagnóstico quirúrgico anatomopatológico e histopatológico posteriori. Por tanto, esta correlación del grado de apendicitis entre cirujano y el patólogo es buena. (3)

Quizhpe E. (Ecuador 2015). Desarrollo estudio carácter transversal y descriptivo, objetivo de este estudio fue conocer relación entre cuadro clínico y hallazgo intraoperatorio por apendicitis aguda, valiéndose determinar los grados y ubicación más frecuente del apéndice, según hallazgo clínico e intraoperatorio; tasándose 117

historias clínicas abordas, obtuvo como hallazgo clínico mayor frecuencia dolor en fosa iliaca derecha, anorexia, signo de Mc. Burney's y Blumberg; en menor frecuencia dolor epigastrio, vomito, fiebre, diarrea, signo Rovsing y Dumphy; la situación apendicular predominante fue pélvica, seguida retrocecal, con un compromiso supurado (grado II) y perforado (grado IV) predominante. Concluyo, existe buena relación entre diagnóstico clínico con el anatomopatológico macroscopica post operatorio. (4)

1.2 Estado actual del tema

La correlación que tiene el diagnóstico clínico y diagnostico anatomopatológico macroscopica post operatorio; es muy importante, porque permite mejorar y perfeccionar el alcance que tiene el diagnóstico clínico aplicado en pacientes que padecen de apendicitis aguda en sus diferentes cuadros clínicos típicos y atípicos, que tiene de presentación esta entidad patológica, que son de común observación apreciar en los diferentes servicios de emergencia de muchos nosocomios en todo el territorio nacional; actualmente hay estudios sobre la especificad y sensibilidad que tiene al correlación pre y post operatoria de la apendicitis aguda; teniendo en cuenta, que el estadio clínico de la apendicitis aguda, se clasifica en complicada y no complicada; los estadio evolutivos anatomopatológicos macroscopica son categorizados en fase congestiva, flemonosa, gangrenosa y perforada; siendo la gran mayoría de pacientes que ingresan al servicio de emergencia, hallar por medio del diagnóstico clínico pre operatorio un estadio complicado de la apendicitis aguda; que es certificado en gran parte de los casos intra operatoriamente y al estudio anatomopatológico, siendo la fase gangrenosa y perforada el mayor hallazgo correlativo encontrado; demostrando un buen índice correlativo diagnóstico de los cirujanos para determinar el estadio de la apendicitis aguda. (5)

El mejor estudio que tiene esta correlación, denominada como la concordancia entre diagnóstico clínico y clasificación en diferentes estadios de apendicitis aguda, realizadas por el cirujano y por el patólogo, al evaluar las muestras patológicas de apendicetomías, nos permitiría evaluar y evidenciar la existencia de una correcta clasificación quirúrgica de los casos, que esta repercute en número días de hospitalización y la elección del tipo de antibioticoterapia que va ser administrada a estos pacientes. El diagnóstico clínico pre operatorio, se fundamenta en la aplicación de los conocimientos de propedéutica clínica que son llevados a cabo y ejecutados por el cirujano al ingreso del paciente en el servicio de emergencia; siendo esta soberana frente al resto de exámenes de gabinete ayuda al diagnostica, el cual nos

aporta un 90 % del diagnóstico; siendo corroborado luego, en postoperatorio por hallazgos quirúrgicos macroscópicos; cabe recordar que el diagnóstico final, es el estudio anatomopatológico. Por tanto, es útil su correlación de ambos puntos de observación para poder entender, analizar y estudiar mejor los diferentes cuadros clínicos de presentación típica o atípica que tiene la apendicitis aguda en nuestro entorno. (6)

La apendicitis aguda, entidad patológica quirúrgica común y con alta frecuencia en los servicios de emergencia a nivel nacional, considerada como causa principal de abdomen agudo quirúrgico, siendo más del 50 % de los casos atendidos en un servicio de emergencia corresponden a apendicitis aguda; acogiendo una buena porción de las intervenciones quirúrgicas realizadas y es responsable de 2/3 partes de laparotomías practicadas. En nuestro territorio nacional, el sexo masculino es el más afectado, correspondiendo a 60% de casos reportados con rango etario comprendido con una incidencia máxima entre los 10 a 30 años de edad; el 7 – 12 % de la población peruana padecerá de apendicitis aguda en algún momento de su vida; queda demostrado, en nuestro medio, existe una tasa de incidencia de apendicitis aguda no complicada es 35,32 por 1000 000 por habitantes, siendo el departamento de Ica con tasa más alta y el departamento Puno con tasa más baja; la probabilidad de morir por apendicitis aguda no gangrenosa en nuestro territorio nacional es inferior al 0,1 %; las tasas etarias agravadas con apendicitis complicada con peritonitis generalizada y absceso peritoneal se ubica entre 12 a 17 años y en mayores de 60 años, siendo en casos apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada, solo se encontró presente en 7 regiones de nuestro país, demostrando esta variante, como una complicación propia de esta entidad con poca frecuencia de presentación en nuestra población. (7)

La población pediátrica afectada por apendicitis aguda, se considera como la causa de dolor abdominal quirúrgico frecuente; comúnmente es mal diagnosticada, resultando en una morbilidad elevada y riesgo de mortalidad a consecuencia del retraso diagnóstico y la menor capacidad defensiva del paciente pediátrico; en nuestra región, el departamento de Lambayeque, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y corte transversal en población pediátrica perteneciente a la red de salud MINSA del Hospital Regional Docente Las Mercedes; exponiendo, que la apendicitis aguda afecta en mayoría al sexo masculino con un grupo etario comprendido 10 a 14 años con un tiempo de enfermedad promedio comprendido entre 0 a 24 horas, siendo el dolor abdominal la causa de ingreso y síntoma

frecuente de presentación; respecto al diagnóstico clínico, los cirujanos decantaron por emplear punto de Mc Burney's, resultando ser, el signo más frecuentado en los pacientes evaluados; el diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la apendicitis aguda no complicada, aunque la contrastación con el diagnóstico intraoperatorio, revela lo contrario, siendo frecuente la apendicitis aguda perforada y el diagnóstico anatomopatológico macroscópico prevalente fue apendicitis gangrenada; esta disociación con respecto diagnóstico pre operatorio y post operatorio, se debe porque no hay una uniformidad establecida con respecto a los criterios de evaluación y manejo de la apendicitis aguda en la población pediatría que acude al servicio de emergencia de este nosocomio. (8)

El arte diagnóstico clínico preoperatorio de la apendicitis aguda en la población pediátrica, lleva afrontar y superar el nivel de dificultad diagnóstica en esta entidad patológica, abocándose por el estudio concienzudo de sus manifestaciones clínicas y relación con hallazgos anatomopatológico macroscópico, para obtener un adecuado comportamiento y manejo frente a esta patología, evitando las complicaciones que esta acarrea; en la capital de nuestro territorio nacional – Lima, se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal en la población pediátrica perteneciente a la red de salud de las fuerzas armadas policiales del Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” PNP; demostrando, que la apendicitis aguda afecta en mayor proporción al sexo masculino con edad promedio situada entre 10 a 13 años, teniendo un tiempo de enfermedad comprendido de 24 – 48 horas; siendo el dolor abdominal en cuadrante inferior derecho o fosa iliaca derecha la causa de ingreso y síntoma predominante; el diagnóstico preoperatorio frecuente fue apendicitis aguda complicada, teniendo una buena relación con hallazgo anatomopatológico macroscópico post operatorio de apendicitis aguda fase gangrenosa (Fase III/IV). Esto demuestra que hay una buena relación en ambos tiempos diagnósticos, debido a un buen manejo protocolar clínico que tienen los cirujanos en el servicio de emergencia al momento de recepcionar y evaluar al paciente pediátrico. (9)

1.3 Fundamentos teóricos

La apéndice vermiforme, estructura tubular perteneciente al tracto digestivo con un eje longitudinal es mayor en el hombre, siendo un rango de 80 a 119 mm; ubicado topográficamente según la nomenclatura Anglo Sajona cuadrante inferior derecho del continente abdominal y según nomenclatura Francesa Testud J. – Latarjet fosa iliaca derecha del continente abdominal, su porción infundíbulo basal se emboca al

ciego en su cara ínfero medial, siendo punto de convergencia de la tenía colonico; su relación con otras estructuras anexas, su superficie con M. Psoas iliaco y cara anterior del retro peritoneo, la porción medial se divide en inferior con los grades vasos iliacos, siendo limítrofe a la apertura de cavidad pélvica y superior en relación canaleta colonica mesentérica, la porción lateral con canaleta para colonica lateral, su porción anterior se relaciona con la cara anterior u postero – medial cecal y antero u postero ileal; según su situación de la apéndice puede dividir en anterior (pélvica, pre y retroileal) o posterior (retrocecal, para cecal y subcecal) y ectópica, estas situaciones de la apéndice, pueden ser variables según la edad, raza, sexo geografía y dieta, las cuales pueden afectar la posición de la apéndice; el conocimiento de su situación es de gran ayuda al clínico, pudiendo evitar errores diagnósticos, ahorra tiempo en relación a su evolución patológica, evitar complicaciones como la perforación de esta con subsecuente absceso y peritonitis; por tanto, esta variable anatómica es importante para el pronóstico y manejo del paciente agraviado; según su frecuencia, es de común y de mayor hallazgo la situación pélvica, siendo esta común hallar en ambos sexos, seguida de la sub cecal, en la mayoría de los casos, la retroileal es la tercera común hallar; en cuanto la situación retrocecal, ectópico y pre ileal, son de hallar en poca frecuencia. (10)

La apendicitis aguda es el estado y proceso inflamatorio del apéndice vermiforme cecal, a consecuencia de una oclusión de su lumen, pudiendo ser propio por una hiperplasia linfoide de su submucosa o ajeno a esta, por un concreción llamada fecalito, un contenido dismorfico por impactación de materia fecal o en menor frecuencia por parásitos, restos alimentarios o tumores; lo que ocasiona un aumento de la presión intraluminal por la secreción continua de mucina en su lumen, generando un ambiente propicio para la generación de bacterias, a su vez, repercute en interrupción de su irrigación por aumento de presión en sus paredes ejercida por contenido luminal a tensión; decanta en necrosis de pared y consecuente perforación. No hay factores de riesgo asociados, aunque frecuente hallazgo en tercera edad de la vida, su diagnóstico es básicamente clínico, pudiéndose clasificar clínicamente en apendicitis no complicada y complicada; la apendicitis no complicada, mantiene al dolor abdominal como síntoma capital, el cual es caracterizado como típico, de inicio en línea media central somática de mínima intensidad, generado por dolor visceral para luego ser localizado lateral somático de gran intensidad en cuadrante inferior derecho, generando dolor somático parietal por irritación del peritoneo parietal; el dolor abdominal atípico, no sigue la secuencia clásica establecida o característica, debido a la variación de la situación del

apéndice; otros síntomas que acompañan al cuadro, es la hiperoxia, náusea, vómito, algunos casos la diarrea y estreñimiento; pudiendo hallarse, a la propedéutica clínica del explorador una temperatura 38 °C con disociación entre temperatura oral – axilar y rectal mayor de 1 °C; en el acto palpatorio es frecuente emplear y hallar punto de Mc Burney's y signo de Blumberg; hay otros signos que se emplean, aunque de uso poco frecuente como signo de Rovsing, Signo de Psoas, Punto de Lanz, Punto de Lecene, Punto de Morris; en ocasiones se emplea el tacto rectal, el cual es doloroso, evaluándose el fondo de saco de Douglas y el receso recto vesical hombre; en cuanto a la apendicitis complicada, se divide clínicamente en apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada, el cual contiene clínica de una no complicada pero resalta una temperatura mayor de 38 °C, hipersensibilidad exquisita y defensa del cuadrante ínfimo derecho, contralateral en poca ocasiones y tacto rectal muy doloroso con tumoración palpable en fondo de saco de Douglas o espacio recto vesical; la apendicitis aguda complicada generalizada, caracteriza por presencia signos peritoneales difusos, aumento de resistencia pared abdominal con marcada defensa y resistencia muscular, que en casos avanzados llega al abdomen en tabla con intolerancia decúbito dorsal, el rebote es muy intenso en todo continente abdominal, la fiebre puede llegar a 40 °C con abombamiento al tacto rectal y dolor muy intenso en fondo de saco Douglas mujer o receso recto vesical en hombre. (11)

La gran mayoría de complicaciones de la apendicitis aguda se debe a su situación anatómica; de acuerdo a la literatura mundial, la apéndice retrocecal es la situación que acarrea más complicaciones y que en algunos países del mundo, se ha colocado como de frecuente hallazgo, alcanzando un 65% de frecuencia; pudiendo ser su exploración clínica a través del método palpatorio negativo, porque no expresa signología típica, por ser necesario el uso de maniobras poco usuales y conocidas por el clínico en su exploración, valiéndose de maniobras como Sergei o Krüger, mantienen una sensibilidad de 90 % en su diagnóstico; siendo la palpación directa negativa en decúbito dorsal del paciente, a pesar, que el dolor es manifestado por el paciente pero no es reproducible e intensificado al examen, por lo cual, una apendicitis retrocecal es llamada “la apendicitis silenciosa” debido a la profunda que se encuentra la apéndice comprometida, y los elementos colaterales de su inflamación como la grasa inflamatoria mesentérica y el íleo colonico lleno de contenido fecal, líquido y gas, hacen un muelle de amortiguamiento al momento de la palpación, impidiendo su correcta exploración; por tanto, la apendicitis retrocecal, puede no tener muchas compleciones en la apendicetomía, pero paradójicamente

si tener un tiempo más prolongado su diagnóstico y tratamiento quirúrgico, por ser un reto su diagnóstico clínico. (12)

Una cuidadosa historia clínica, puede resaltar síntomas importantes como la anorexia y la migración del dolor abdominal y el examen simple abdominal podría resaltar la zona algica de su situación o darnos signos de peritonismo, puesto que la caracterización algica de la migración dolorosa del apendicitis aguda, es el mejor predictor de la apendicitis aguda, por tanto el análisis de la triada anorexia, dolor en fosa iliaca derecha y migración del dolor; es la regla a tener en cuenta apendicitis aguda, por lo opuesto, de no cumplir esta triada, se debe enfatizar fondo una buena historia clínica detallada, por tanto esta triada muestra una combinación de alta especificidad y valor predictivo positivo en el diagnóstico de la apendicitis aguda. (13)

El signo de Blumberg es el más empleado por los cirujanos al momento de evaluar un paciente con dolor abdominal agudo en el servicio de emergencia; tiene una sensibilidad 54.89 % y especificidad 53,19 %, con valor predictivo positivo 76,84 % y valor predictivo negativo 29,41 %; esta relación con el estadio histopatológica de la apendicitis aguda demuestra que el empleo de este signo, tiene una alta sensibilidad para los estadios tempranos histopatológicos (insipiente, edematoso, flemoso) que clínicamente comprende el espectro clínico de apendicitis no complicada; pero su especificidad es baja, por tanto ser negativo no descarta la progresión de apendicitis aguda cuando curse con estadio histopatológicos tempranos. (14)

La anatomopatológica macroscópica de la apendicitis aguda que se aprecia intraoperatorio y post operatoria de esta como muestra quirúrgica; se decanta por la obstrucción de su lumen como desencadenante; el cual, 60 % es hiperplasia linfoide, frecuente en pacientes jóvenes, 35 % por fecalitos frecuente en adultos, resto es 5 % comprende obstrucción ocasionada por cuerpos extraños, parásitos y estenosis inflamatoria o tumores; los estadios anatomopatológicos macroscópica de apendicitis aguda dividida 4 estadios; el estadio congestivo, se caracteriza por una apéndice hipertrófica con enantema moderado, esta se debe a la congestión vascular por la mala perfusión a consecuencia del aumento presión intraluminal y distensión de pared que manifiesta dolor visceral, caracterizada por el pacientes clínicamente como difuso; luego a medida que aumenta la presión intraluminal, llega a ver irrupción del flujo arterial y venosa, el cual se aprecia una apéndice cubierta de elemento fibrinoide abundante en su serosa, el cual es llamada estadio flemonosa o supurada; cuando el proceso isquémico prosigue cada vez más, hasta presentar

en disolución de su sub mucosa, producida y repotenciada por la toxemia de su lumen, por toxinas liberadas por bacterias, agregándose migración de estas a la pared que generan áreas más extensas de necrosis, lo que produce la proliferación de leucocitos, empezando un proceso inflamatorio que se manifiesta por fiebre, taquicardia y dolor localizado parietal somática, correspondiente a un estadio gangrenoso y si prosigue su evolución, llega hasta la formación de un absceso mural que se perfora y crea en peritonitis, entrando a un estadio perforativo con consecuente afección a cavidad abdominal, desencadenando una peritonitis focal a una generalizada. (15)

1.4 Formulación del problema

¿Qué correspondencia habrá entre el diagnóstico propedéutico y hallazgo anatomopatológico macroscópica post quirúrgica en pacientes padecientes de apendicitis aguda?

1.5 Justificación e Importancia del estudio:

El presente proyecto, tiene como fin encontrar y exponer la interrelación que tendría el criterio diagnóstico clínico propedéutico pre operatorio vinculado al tiempo enfermedad que tiene la apendicitis aguda en relación a su hallazgo anatómico patológico post operatoria; teniendo en cuenta, que nuestra investigación, tiene como objetivo aumentar y actualizar esta información, como un aporte científico académico a nuestra comunidad médica, pudiendo mejorar la calidad diagnóstica del cirujano y del médico asistente que enfrenta diariamente en los diferentes servicios de emergencia de nuestra nación. Por lo tanto, es necesario por medio de esta investigación llevada a cabo evaluar los diferentes tipos de cuadros clínicos de presentación preoperatorios que tiene la apendicitis aguda; identificando y analizando variables importantes como la situación anatómica de la apéndice hallada en el momento operatorio y su correlación con el cuadro clínico pre operatorio que presento, la importancia que repercute en esta correlación en cuanto al carácter de su cronología mórbida en el tiempo pre operatorio (tiempo de enfermedad, forma de inicio y curso), la importancia de que síntomas adjuntos presentaron los cuadros de apendicitis aguda según su cronología mórbida, además de evaluar las maniobras y técnicas que fueron empleadas por el cirujano o médico asistente durante diagnóstico clínico de los pacientes padecientes de apendicitis aguda. Por esta razón, esta investigación será llevada cabo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, por tener la capacidad de resolución para esta entidad patológica en nuestro departamento de Lambayeque y que es de referencia a nivel de regional, contando con el personal y medios para manejo de mencionada

enfermedad; en este nosocomio, el personal de salud, se enfrenta a diario a la variada gama de cuadros clínicos que presenta esta patología, siendo un reto para el cirujano y medico asistente del servicio de emergencia, por lo que se cree que partiendo de este trabajo se puede mejorar el diagnóstico de estos pacientes y tengan un buen pronóstico, además de reducir los gastos de recursos que tiene el hospital por las complicaciones que tiene esta enfermedad.

Es de saber, que esta investigación es poco frecuentada y profundizada en nuestro medio; motivo por el cual, tenemos como fin, aportar los resultados obtenidos en esta investigación como una base sólida para otras futuras investigación en esta área de la ciencia médica.

1.6 Hipótesis

¿Tiene correspondencia el diagnóstico propedéutico con el hallazgo anatomopatológico macroscópica en pacientes con apendicitis aguda, Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque, Enero 2014 – Abril 2018?

1.7 Objetivos

1.7.1Generales

Conocer la correspondencia diagnostica propedéutica y el hallazgo anatomopatológico macroscopica post quirúrgica en apendicitis aguda. Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque. Enero 2014 – Abril 2018.

1.7.2Específicos

- a) Determinar la utilidad diagnostica propedéutica que tienen las diferentes presentaciones del cuadro clínico y su correspondencia con la situación del apéndice vermiforme respecto al hallazgo anatomopatológico macroscopica post quirúrgico en apendicitis aguda. Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque. Enero 2014 – Abril 2018.
- b) Determinar la utilidad diagnostica propedéutica con respecto al tiempo evolutivo que tiene la apendicitis aguda y su relación con el hallazgo anatomopatológico macroscopica post quirúrgico. Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque. Enero 2014 – Abril 2018.
- c) Determinar la utilidad diagnostica propedéutica que tienen los diferentes signos manifestados en los diversos cuadros de presentación de la apendicitis aguda y su relación con el hallazgo anatomopatológico macroscopico post quirúrgico. Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque. Enero 2014 – Abril 2018.

II. METODOLOGIA

2.1 Tipo de investigación

Según el periodo que se capta la información: Retrospectivo.

De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado: Transversal.

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:

Observacional.

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:

Observacional.

De acuerdo al fin persigue: Básico o Fundamental.

De acuerdo a la respuesta del problema: Bibliográfico.

2.2 Diseño y contrastación de hipótesis

El siguiente proyecto es un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, básico o fundamental y bibliográfico.

2.3 Variables

Clínica

Anatomopatológica

2.4 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSION	SUBDIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	CRITERIO DE MEDICION
CORRESPONDENCIA DIAGNOSTICA PROPEDEUTICA Y ANATOMOPATOLOGICA POST QUIRURGICA EN APENDICITIS AGUDA	FACTORES CLINICOS	Edad	GRUPOS DE EDAD AFECTADOS	Ordinal	- 10 años – 20 años - 20 años – 30 años - 40 años – 60 años - 55 años-60 años - 65 años a mas	HISTORIA CLINICA
		Genero	-----	Nominal	- Masculino - Femenino	
		Forma de inicio	INSTALACION ALGICA ABDOMINAL	Nominal	- Brusco - Insidioso - Gradual - Alternante	
		Tiempo de enfermedad	TIEMPO EVOLUCION MORBIDA	Ordinal	- 6 hrs. - 12 hrs. - 24 hrs. - 48 hrs. - 72 hrs. - 4 días. - 5 días. - 6 días. - 7 días.	
		Curso de la enfermedad	PROGRESION MORBIDA	Ordinal	- Progresivo - Oscilante	
		Carácter del dolor abdominal	TIPIFICACION ALGICA ABDOMINAL	Nominal	- Cólico - Retorcijón - Terebrante - Lasilante - Punzante - Difuso	
		Síntomas adjuntos	SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE	Nominal	- Hiporexia - Náuseas - Vómito - Sensación de alza térmica	
		Topografía dolorosa abdominal	ZONAS ALGICAS ABDOMINALES*	Nominal	- Epigastrio - Mesogastrio - Hipogastrio - Hipocondrio derecho - R. inguino escrotal derecha - Flanco derecho - Fosa iliaca derecha - Región lumbo abdominal derecha - (*Nota: siendo orden aparición 1^{er} o 2^{do} tiempo según su evolución)	
		Propedéutica clínica	MANIOBRAS Y SIGNOS EXPLORATORIOS	Nominal	- Punto Mc. Burney's - S. Blumberg (o Rebote) - S. Rovsing - S. Psoas - Punto Lanz - Hipersensibilidad F.I.D. - M. Talón - Punto Lecene - Punto Morris - Tacto Rectal - Disociación axilar – oral y rectal > 1°C - Temperatura ≥ 38°C - Taquicardia - Diarrea o Estreñimiento - Rigidez Abdominal - Masa en F.I.D.	
		Estadaje clínico	TIPIFICACION DE LA COMPLEJIDAD		- Apendicitis aguda no complicada: 1. C. Clínico Típico 2. C. Clínico Atípico - Apendicitis aguda complicada: 1. Apendicitis aguda con peritonitis localizada 2. Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	
	FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO POST OPERATORIO	SITUACION ANATOMICA	Nominal	- Situación Anterior: - Pélvica - Pre ileal - Retro ileal - Otras situaciones: - Ectópica - Situación Posterior: - Retrocecal (Asc. Medial o Lateral) - Sub cecal - Para cecal	
			ELEMENTO OCLUYENTE	Nominal	- Hiperplasia Nodular - Fecalito - Contenido dismórfico - Parasito - Restos alimentarios - Fibroestenosis	
			ESTADIO EVOLUTIVO	Nominal	- Estadio I Congestivo (Fase I/IV) - Estadio II Flemonoso (Fase II/IV) - Estadio III Gangrenoso (Fase III/IV) - Estadio IV Perforativo (Fase IV/IV)	

2.5 Materiales y procedimientos.

a. Población y muestra en estudio:

Población: el presente estudio tendrá como población a las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque atendidos entre Enero 2014 – Abril 2018 que cumplan con los criterios de selección.

Muestra: Se trabajara con el total de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda entre Enero 2014 – Abril 2018 que se encuentren registrados en el sistema estadístico del Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque.

Unidad de análisis: E cada una de las historias clínicas de pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque atendidos entre Enero 2014 – Abril 2018 que cumplan los criterios de inclusión y exclusión respectivos.

b. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda (Apendicitis aguda (K35), se tomarán solo las historias clínicas que cuenten con una anamnesis y examen físico completo; además de tener un reporte post operatorio completo, donde este el hallazgo anatomopatológico macroscopico de la apendicitis aguda; estudio llevado a cabo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque atendidos entre Enero 2014 – Abril 2018.

Criterios de Exclusión:

Historias clínicas con no menos del 95% de los datos de anamnesis, enfermedad actual, tiempo de enfermedad, diagnostico, estadio patológico de la apendicitis aguda, informe post operatorio e informe anatomopatológico macroscópico; además dentro del folio del paciente de datos faltantes y con diagnostico asociado a proceso neoplásico apendicular. Así mismo se observó todas las historias clínicas que quedaron completas y legibles a consecuencia del deterioro por el fenómeno del niño que ocurrió años atrás

c. Técnica e instrumentos de recolección de datos:

La ficha de recolección aplicada a las historias clínicas por el investigador consta de una codificación para llevar la cuenta del total de historias revisadas y además para facilitar el vaciado a la base de datos, esta codificación será diferente al número de historia clínica del paciente para cumplir con criterios éticos. Está dividida en 2 partes: la primera parte tiene que ver con los datos clínicos extraídos de la historia clínica, la segunda parte se refiere a datos extraídos de informes operatorio y anatomopatológicos macroscópica efectuados a los pacientes con apendicitis aguda.

d. Validez

Debido a que utilizaremos una ficha de recolección de datos, asumiendo que extraemos datos de historias clínicas (las encuestas se hacen a personas directamente) existirá la elección opcional de validar el contenido (validez de fachada) por un experto que juzgan la calidad aparente, en este caso contamos con la colaboración de un especialista en investigación científica clínica y bioestadística.

e. Confiabilidad

La ficha de recolección de datos indica netamente lo que contiene la historia clínica ya que es un instrumento de recolección de datos.

f. Procedimiento de recolección de datos:

1. Se solicitará el permiso por escrito al Gerente de la Red Asistencial de Lambayeque para la revisión correspondiente de las historias clínicas adjuntando una copia certificada notarialmente del acta de aprobación del proyecto de tesis.
2. Se solicitará a la oficina de epidemiología el listado pacientes atendidos por Apendicitis aguda (K35).
3. Se acudirá al archivo de historias clínicas teniendo la lista de números de historias clínicas de pacientes generada por la oficina de epidemiología del hospital, se procederá a solicitar y revisar cada una de ellas seleccionando las que cumplan con los criterios de selección y que estén dentro de los años que se han propuesto para la investigación.
4. Se recogerán los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporarán en la hoja de recolección de datos. (Ver Anexo).

5. Se recopilará la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos y proceder a realizar el análisis respectivo.
6. Luego los datos obtenidos son editados en un archivo del paquete estadístico SPSS-20.0 para su procesamiento.

g. Análisis Estadístico de los datos

La información recogida en las correspondientes hojas de recolección de datos; se procesará los datos recolectados con la ayuda de un estadista.

h. Estadística Descriptiva

Se obtendrá datos de distribución de frecuencias absolutas y relativas esto para las variables categóricas; y para las variables cuantitativas media y desviación estándar los que luego se presentaran en tablas de entrada simple y doble y gráficos de relevancia.

i. Estadística Analítica

El presente estudio se enfoca en un análisis descriptivo de los resultados obtenidos durante la ejecución e elaboración del proyecto.

2.6 Consideraciones éticas (Helsinki)

La presente investigación contara con la autorización de la dirección general del Hospital Regional Docente Las Mercedes, departamento de asuntos de interno y de la Universidad Particular de Chiclayo. Debido a que es un estudio descriptivo donde solo se recogerán datos clínicos de las historias de los pacientes se tomara en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S.006-2007-SA).

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA						
EDAD DE LOS AFECTADOS	GENERO					
	FRECUENCIA (N = 300)			PORCENTAJE (%)		
	MASCULINO (N = 153)	FEMENINO (N = 147)	TOTAL (N=300)	MASCULINO (51 %)	FEMENINO (49 %)	TOTAL (100%)
10 – 15	45	42	87	15	14	29
16 – 20	23	17	40	8	6	13
21 – 25	27	28	55	9	9	18
26 – 30	7	10	17	2	3	6
31 – 35	10	10	20	3	3	7
36 – 40	7	9	16	2	3	5
41 – 45	8	10	18	3	3	6
46 – 50	1	3	4	0	1	1
51 – 55	9	11	20	3	4	7
56 – 60	5	3	8	2	1	3
>60	11	4	15	4	1	5

(Resultados obtenidos respecto a la variable género, fue homogénea en la población estudiada siendo casi equitativa su frecuencia e incidencia en el presente estudio)

Tabla N° 02. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA					
TIEMPO DE ENFERMEDAD	FORMA DE INICIO				
	FRECUENCIA (N = 300)				
	BRUSCO (N=21)	INSIDIOSO (N=180)	GRADUAL (N=76)	ALTERNANTE (N=23)	TOTAL (N=300)
12 hrs.	0	3	0	0	3
24 hrs.	12	57	29	4	102
48 hrs.	5	62	29	7	103
72 hrs.	1	32	9	5	47
4 días	1	9	2	1	13
5 días	0	3	3	3	9
6 días	0	1	1	1	3
7 días a más	2	13	3	2	20
	PORCENTAJE (%)				
	BRUSCO (7 %)	INSIDIOSO (60 %)	GRADUAL (25 %)	ALTERNANTE (8 %)	TOTAL (100 %)
12 hrs.	0	1	0	0	1
24 hrs.	4	19	10	1	34
48 hrs.	2	21	10	2	34
72 hrs.	0	11	3	2	16
4 días	0	3	1	0	4
5 días	0	1	1	1	3
6 días	0	0	0	0	1
7 días a más	1	4	1	1	7

(Resultados obtenidos respecto a forma de inicio, fue prevalente el tipo insidioso y mantuvo alta incidencia relativa vinculada al tiempo de enfermedad comprendida 24 hrs a 72 hrs.)

Tabla N° 03. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA					
CARÁCTER DOLOR ABD.	FORMA DE INICIO				
	FRECUENCIA (N = 300)				
	BRUSCO (N=21)	INSIDIOSO (N=180)	GRADUAL (N=76)	ALTERNANTE (N=23)	TOTAL (N=300)
Cólico	16	94	37	7	154
Retorcijón	11	73	34	5	123
Terebrante	1	5	0	0	6
Lasilante	1	10	0	0	11
Punzante	4	45	21	5	75
Difuso	1	32	11	10	54
	SINTOMAS ADJUNTOS				
	FRECUENCIA (N = 300)				
	HIPOREXIA (N=278)	NAUSEAS (N=91)	VOMITO (N=48)	S. ALZA T° (N=182)	TOTAL (N=300)
Cólico	144	44	23	86	154
Retorcijón	115	31	15	74	123
Terebrante	4	3	3	2	6
Lasilante	9	6	4	7	11
Punzante	69	27	10	46	75
Difuso	48	21	13	41	54

(Resultados obtenidos al carácter del dolor abd., el c. cólico fue prevalente, seguido con una frecuencia medianamente relativa el c. retorcijón; ambos mantuvieron frecuencias altas respecto a la forma de inicio y los síntomas adjuntos.)

Tabla N° 04. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA			
CARÁCTER DOLOR ABD.	CURSO DE LA ENFERMEDAD		
	FRECUENCIA (N = 300)		
	PROGRESIVO (N=244)	OSCILANTE (N=56)	TOTAL (N=300)
Cólico	136	18	154
Retorcijón	114	9	123
Terebrante	6	0	6
Lasilante	8	3	11
Punzante	61	14	75
Difuso	31	23	54

(Resultados obtenidos al carácter del dolor abd., el c. cólico fue prevalente, seguido con una frecuencia medianamente relativa el c. retorcijón; siendo predominante el curso progresivo con altas frecuencias en ambos tipos de caracteres dolorosos.)

Tabla N° 05. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA		
	TOPOGRAFIA DOLOROSA INICIAL ABDOMINAL	
	FRECUENCIA (N = 300)	PORCENTAJE 100 %
Epigastrio	141	47.0
Mesogastrio	97	32.3
Hipogastrio	60	20.0
R. Inguino	2	0.7
Escrotal D.		
TOTAL	300	100.0

(Resultados obtenidos a topografía dolorosa inicial abdominal, el dolor en epigastrio fue predominante, seguido en mediana frecuencia el dolor Mesogastrio y en regular frecuencia dolor hipogastrio.)

Tabla N° 06. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA					
PROPEDEUTICA CLINICA	TOPOGRAFIA DOLOROSA ABDOMINAL				
	FRECUENCIA (N = 300)				TOTAL (N=300)
	EPIGASTRIO (N=141)	MESOGASTRIO (N=97)	HIPOGASTRIO (N=60)	R. INGUINO ESCROTAL D. (N=2)	
Punto Mc. Burney's	141	97	60	2	300
Punto Lecene	92	64	46	1	203
Punto Lanz	37	28	22	0	87
Punto Morris	30	21	14	0	65
S. Blumberg o Rebote	100	58	35	1	194
Disociación Axilar – Oral y Rectal > 1°C	15	14	7	0	36
Temperatura ≥ 38 °C	65	45	31	2	143
Estreñimiento	1	1	0	0	2
S. Rovsing	113	82	52	2	249
S. Psoas	89	66	43	1	199
Maniobra Talón	22	14	18	0	54
Hipersensibilidad F.I.D.	7	3	0	0	10

(Resultados obtenidos en propedéutica clínica; fue predominante el uso Punto Mc. Burney's en todos los casos estudiados, pero hubo una mediana - alta prevalencia el uso del S. Rovsing, seguido de una mediana - media prevalencia el uso de S. Blumberg o Rebote y con una mediana - baja prevalencia Punto Lecene, S. Psoas y la temperatura ≥ 38 °C; el resto de variables obtuvieron bajas frecuencias de uso en los casos estudiados.)

Tabla N° 07. FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES CLINICOS EN APENDICITIS AGUDA		
	ESTADIAJE CLINICO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	(N = 300)	(100 %)
Apendicitis Aguda No Complicada Cuadro Clínico		
Típico	50	16.7
Apendicitis Aguda No Complicada Cuadro Clínico		
Atípico	47	15.7
Apendicitis Aguda Complicada con Peritonitis		
Localizada	53	17.7
Apendicitis Aguda Complicada con Peritonitis		
Generalizada	150	50.0

(Resultados obtenidos en estadiaje clínico, en los casos estudiados fue predominante encontrar el cuadro complicado de la apendicitis aguda con peritonitis generalizada, seguido en mediana frecuencia la apendicitis aguda con peritonitis localizada.)

Tabla N° 08. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS MACROSCOPICA EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA					
SITUACION ANATOMICA	TOPOGRAFIA DOLOROSA ABDOMINAL				TOTAL
	FRECUENCIA (N = 300)				
	EPIGASTRIO	MESOGASTRIO	HIPOGASTRIO	R. INGUINO ESCROTAL D.	
SITUACION ANTERIOR					
Situación Anterior – Pélvica	30	23	14	1	68
Situación Anterior – Retro ileal	88	66	42	0	196
Situación Anterior – Pre ileal	23	8	3	1	35
SITUACION POSTERIOR					
Situación Posterior – Retrocecal Ascendente Medial	59	30	26	2	117
Situación Posterior – Retrocecal Ascendente Lateral	67	51	28	0	146
Situación Posterior – Sub Cecal	54	38	33	0	125
Situación Posterior – Para Cecal	18	17	8	2	45
OTROS					
Otro. Ectópica	9	4	5	0	18

(Resultados obtenidos en situación anatómica, el apéndice retro ileal fue predominante en los casos estudiados, seguida en mediana frecuencia la apéndice retrocecal ascendente lateral.)

Tabla N° 09. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS MACROSCOPICA EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA					
ELEMENTO OCLUYENTE	ESTADIO EVOLUTIVO				TOTAL
	FRECUENCIA (N = 300)				
	ESTADIO I CONGESTIVO (FASE I/IV)	ESTADIO II FLEMONOS O (FASE II/IV)	ESTADIO III GANGRENOS O (FASE III/IV)	ESTADIO IV PERFORATIV O (FASE IV/IV)	
Hiperplasia Nodular	18	21	21	16	76
Contenido Dismorfico	8	22	25	17	72
Restos Alimentarios	7	16	7	3	33
Fecalito	37	52	73	35	197
Parasito	24	21	29	8	82
Fibroestenosis	4	6	25	17	52

(Resultados obtenidos en elementos ocluyentes; el fecalito fue predominante en los casos estudiados, seguido en mediana frecuencia la presentación de parasito como agente ocluyente y en menor rango la hiperplasia nodular.)

Tabla N° 10. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS MACROSCOPICA EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA					
SITUACION ANATOMICA	ESTADIO EVOLUTIVO				TOTAL
	FRECUENCIA (N = 300)				
	ESTADIO I CONGESTIVO (FASE I/IV)	ESTADIO II FLEMONOSO (FASE II/IV)	ESTADIO III GANGRENOSO (FASE III/IV)	ESTADIO IV PERFORATIVO (FASE IV/IV)	
SITUACION ANTERIOR					
Situación Anterior – Pélvica	10	13	27	18	68
Situación Anterior – Retro ileal	42	63	63	28	196
Situación Anterior – Pre ileal	6	10	9	10	35
SITUACION POSTERIOR					
Situación Posterior – Retrocecal Ascendente Medial	13	30	41	33	117
Situación Posterior – Retrocecal Ascendente Lateral	38	47	43	18	146
Situación Posterior – Sub Cecal	26	27	50	22	125
Situación Posterior – Para Cecal	4	12	18	11	45
OTROS					
Otro, Ectópica	1	0	10	7	18

(La situación anatómica más predominante fue la situación retro ileal, seguido de la retrotrocecal ascendente lateral y en menor frecuencia la sub cecal; estos resultados fueron heterogéneos entre sí)

Tabla N° 11. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA					
PROPEDEUTICA CLINICA	ESTADIO EVOLUTIVO				
	FRECUENCIA (N = 300)				
	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV	TOTAL
	CONGESTIVO (FASE I/IV)	FLEMONOSO (FASE II/IV)	GANGRENOSO (FASE III/IV)	PERFORATIVO (FASE IV/IV)	
Punto Mc. Burney´s	58	86	101	55	300
Punto Lecene	38	53	68	44	203
Punto Lanz	11	19	30	27	87
Punto Morris	6	17	20	22	65
S. Blumberg o Rebote	37	61	65	31	194
Disociación Axilar – Oral y Rectal > 1°C	3	15	10	8	36
Temperatura ≥ 38°C	16	38	55	34	143
Estreñimiento	1	0	1	0	2
S. Rovsing	49	71	87	42	249
S. Psoas	34	54	72	39	199
Maniobra Talón	5	9	26	14	54
Hipersensibilidad F.I.D.	0	1	3	6	10

(Resultados obtenidos en propedéutica clínica y su relación con el estadio anatomopatológico, tuvieron como variable dependiente el tiempo de evolución de la apendicitis aguda, puesto que todas las maniobras y técnicas propedéuticas clínicas son evidentes en los 4 estados evolutivos).

Tabla N° 12. FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS MACROSCOPICA EN APENDICITIS AGUDA

FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA					
ESTADIO EVOLUTIVO	ESTADIAJE CLINICO				TOTAL
	FRECUENCIA (N = 300)				
	A. AGUDA NO COMPLICADA C.CL. TIPICO	A. AGUDA NO COMPLICADA C.CL. ATIPICO	A. AGUDA COMPLICADA PERITONITIS LOCALIZADA	A. AGUDA COMPLICADA PERITONITIS GENERALIZADA	
EST. I Congestivo (Fase I/IV)	19	13	6	20	58
EST. II Flemonoso (Fase II/IV)	26	13	13	34	86
EST. III Gangrenoso (Fase III/IV)	4	15	22	60	101
EST. IV Perforativo (Fase IV/IV)	1	6	12	36	55
Total	50	47	53	150	300

(Resultados obtenidos en estadio evolutivo y su relación al estadiaje clínico, fue predominante los estadiaje gangrenoso y perforado su presencia en la etapa complicada con peritonitis localizada y generalizada)

IV.DISCUSIÓN

La edad de pacientes padecientes de apendicitis aguda (300 pacientes), en nuestro estudio se encontró que pacientes con rango etario comprendido 10 a 15 años de edad, fue el más afectado con 29 % (87 pacientes); el segundo rango etario afectado de 21 – 25 años de edad con 18 % (55 pacientes); seguido de un tercer rango etario afectado, comprendido las edades de 16 – 20 años con 13 % (40 pacientes); la más baja frecuencia de afección se evidencio en las edades comprendida entre 46 – 50 años, representando solo 1 % (4 pacientes). Los datos encontrados en nuestro estudio son similares a los encontrados por otro estudio llevado a cabo, como cita Salazar R. y Guillermo C., el cual expone un rango etario afectado de 10 a 30 años de edad; en la población pediátrica como lo expone los estudio llevados a cabo en la red de salud MINSA del Hospital Regional Docente Las Mercedes y la red de salud de la fuerza armada policial del Hospital Nacional “Luis N. Sáenz PNP”, indican como rango más afectado edades de 10 – 14 años de edad. (7) (8) (9) Tabla N° 1.

El tiempo de enfermedad el cual cursa la apendicitis aguda, tiene un vínculo estrecho con su forma de inicio de la entidad patológica (300 pacientes); el estudio realizado encontró que el tiempo evolutivo del cuadro clínico de la apendicitis aguda se desarrolló con mayor frecuencia al termino del tiempo comprendido entre las 24 a 48 horas y en menor medida a las 72 horas; siendo dentro del tipo de forma de inicio, el tipo insidioso 60 % (180 pacientes) con 21 % (62 pacientes) a las 48 horas, seguido a las 24 horas con 19 % (57 pacientes) y a las 72 horas con 11 % (32 pacientes); el segundo tipo de forma de inicio con mediana frecuencia encontrado, fue el tipo gradual 25 % (76 pacientes), el cual obtuvo un resultado equitativo con el tiempo comprendido entre 24 a 48 horas con 10 % (19 pacientes) en ambos tiempos y baja frecuencia a 72 horas con 9 % (3 pacientes); en cuanto a los otras dos formas de inicio en relación al tiempo de enfermedad, obtuvieron resultados bajos como lo expone el tipo brusco 7 % (21 pacientes) a las 24 horas con 4 % (12 pacientes) y a las 48 horas con 2 % (5 pacientes); el tipo alternante 8 % (23 pacientes) obtuvo el más bajo resultado, siendo a las 48 horas y 72 horas con 2 % (5 pacientes en T. 48 horas y 5 pacientes en T. 72 horas), seguido a las 24 horas con 4 % (1 paciente). Cabe resaltar que a medida que el tiempo de enfermedad se prolonga, su frecuencia es menor y de menor presencia con respecto al tipo de forma de inicio. Estos resultados son propios de esta investigación, puesto que no se ha cotejado esta variable en otros estudios llevados a cabo. Tabla N° 2

La forma de inicio que tiene la apendicitis aguda (300 pacientes), en relación al carácter del dolor abdominal, el presente estudio encontró que el tipo insidioso (180 pacientes)

mantuvo una alta frecuencia en relación a las otras 3 tipo de inicio, respecto a su relación al carácter de dolor abdominal, fue alta el carácter cólico con 94 pacientes, seguido del carácter retorcijón con 73 pacientes, tercero el carácter punzante con 45 pacientes y cuarto el carácter difuso con 32 pacientes; la segunda forma de inicio con mayor frecuencia fue el tipo gradual (76 pacientes), siendo el carácter cólico de mayor frecuencia con 37 pacientes, seguido del carácter retorcijón con 34 pacientes, tercer el carácter punzante con 21 pacientes y cuarto el carácter difuso con 11 pacientes; las otras dos formas de inicio, obtuvieron resultados bajos; siendo el tipo brusco (21 pacientes) con una frecuencia media alta respecto al tipo alternante, obteniendo el dolor carácter cólico con 16 pacientes y carácter retorcijón con 11 pacientes; el tipo alternante (23 pacientes) obtuvo resultado más bajo, con un carácter cólico con 7 pacientes y carácter retorcijón con 5 pacientes, el carácter difuso con 10 pacientes. En cuanto a los caracteres de dolor abdominal, se obtuvo un total de todos los casos relacionados al tipo de forma de inicio, siendo a la cabeza de frecuencia el dolor carácter cólico con 174 pacientes, segundo el dolor carácter retorcijón con 123 pacientes, tercero el dolor carácter punzante con 75 pacientes, cuarto el dolor carácter difuso con 54 pacientes, quinto el dolor carácter Lasilante con 11 pacientes y sexto el dolor carácter terebrante con 6 pacientes; el dolor Lasilante y terebrante como se observó en el estudio representaron los valores más bajos y de escasa presencia en la mayoría de los casos estudiado. Las variables cotejadas en este estudio fueron únicas, por no haber otro estudio que haya realizado este tipo de evaluación. Tabla N° 3

La relación que guarda los síntomas adjuntos y la caracterización del dolor abdominal en a la apendicitis aguda (300 pacientes); se encontró a la Hiporexia (278 pacientes) como un síntoma adjunto de alta frecuencia en los casos estudiados (300 pacientes), la relación que tiene con el dolor abdominal, el dolor carácter cólico fue de alta frecuencia con 144 pacientes, segundo el dolor carácter retorcijón con 115 pacientes, tercero el dolor carácter punzante con 69 pacientes y cuarto el dolor carácter difuso con 48 pacientes, el segundo síntoma adjunto con alta frecuencia encontrado fue la sensación de alza térmica (182 pacientes) en todos los casos estudiados (300 pacientes), la relación con el dolor abdominal, el dolor carácter cólico fue de 86 pacientes, seguido del carácter retorcijón con 74 pacientes, tercer el dolor carácter punzante con 46 pacientes y cuarto el carácter difuso con 41 pacientes; el tercer síntoma adjunto evaluado fue la náusea (91 pacientes) en todos los casos estudiados (300 pacientes), la relación con dolor abdominal, el carácter cólico fue de 44 pacientes, seguido del dolor de carácter retorcijón con 31 pacientes, tercer está el dolor de carácter punzante con 27 pacientes y cuarto el dolor carácter difuso con 21 pacientes; el síntoma adjunto de más baja

frecuencia encontrado fue el vómito (48 pacientes) en todos los casos estudiados (300 pacientes), su relación con el carácter de dolor abdominal, el dolor de carácter cólico con 23 pacientes, seguido del dolor carácter retorcijón con 15 pacientes, tercero está el dolor de carácter difuso con 13 pacientes y cuarto el dolor de carácter punzante con 10 pacientes. Teniendo en cuenta el total de los caracteres dolorosos abdominales estudiados en esta relación con los síntomas adjuntos, tenemos que se llegan a compartir cada carácter de dolor con uno o dos síntomas adjuntos en un solo caso de apendicitis aguda, por esta razón que su frecuencia con respecto al total de pacientes estudiados (300 pacientes) es variable; se obtuvo un dolor de carácter cólico con una total de 154 pacientes relacionados, seguido de doloroso de carácter retorcijón con un total de 123 pacientes relacionados, el dolor de carácter punzante con un total de 75 pacientes relacionados, el dolor de carácter difuso con un total de 54 pacientes relacionados, el dolor de carácter Lasilante con una total de 11 pacientes relacionados y el dolor carácter terebrante con un total 6 pacientes relacionados; siendo el dolor de carácter terebrante y carácter Lasilante los de menor frecuencia encontrados en el presente estudio; esta relación de variables realizada, es propia de este estudio por no haber otro estudio que haya realizado este estudio. Tabla N° 3

En relación al curso de la enfermedad de la apendicitis aguda y el carácter de dolor abdominal de los casos estudiados (300 pacientes); el presente estudio encontró que el curso progresivo (244 pacientes) fue predominante sobre el curso oscilante (56 pacientes) en todos los casos estudiados (300 pacientes); en cuanto a su relación con el carácter doloroso abdominal, el dolor carácter cólico (154 pacientes) fue predominante en ambos cursos de la enfermedad, siendo su relación con el curso progresivo con 136 pacientes y curso oscilante con 18 pacientes; el dolor de carácter retorcijón (123 pacientes) fue segundo en predominancia en ambos cursos de enfermedad, siendo su relación con el curso progresivo con 114 pacientes y curso oscilante con 9 pacientes; el dolor de carácter punzante (75 pacientes) fue el tercero en el orden de frecuencia, siendo su relación con el curso progresivo con 61 pacientes y cursos oscilante con 14 pacientes; el dolor de carácter difuso (54 pacientes) fue el cuarto en el orden de frecuencia, siendo su relación con el curso progresivo con 31 pacientes y curso oscilante con 23 pacientes; en cuanto a el carácter de dolor Lasilante y terebrante, obtuvieron resultados más bajos en relación a los otros caracteres de dolor evaluados, siendo el carácter doloroso Lasilante con 11 paciente en ambos tipo de cursos de enfermedad y el carácter doloroso terebrante con 6 pacientes en ambos tipos de curso de enfermedad. Esta cotejacion de variables no ha sido en otro estudio, por tanto es propia del presente estudio realizado. Tabla N° 4

En la topografía dolorosa abdominal de inicio que tiene los cuadros de apendicitis aguda evaluados (300 pacientes), se encontró que la región epigástrica fue de mayor frecuencia, con 47 % (141 pacientes) de los casos estudiados, en segundo lugar se encontró a la región Mesogastrio con una mediana frecuencia, con 32.3 % (97 pacientes), en tercer lugar se encontró la región hipogástrica con 20.0 % (60 pacientes); siendo la región inguino escrotal derecha la de muy escasa presentación en los casos estudiados (300 pacientes), con un 0.7 % (2 pacientes). Los resultados del estudio presente difieren con otro estudio llevado a cabo por Quizhpe E.; donde obtuvo como región dolorosa frecuente en los casos de apendicitis aguda estudiados, a la fosa iliaca derecha y en menor frecuencia a la región epigástrica; esta disociación de resultados se debe a factores vinculados a la gravedad de la apendicitis aguda o el tiempo en el que fue diagnosticado la apendicitis aguda, teniendo en cuenta el momento de su evaluación por parte del cirujano en el servicio de emergencia del nosocomio y el tiempo en el cual el paciente mantiene el dolor antes de su ingreso al servicio de emergencia del nosocomio. (4) Tabla N° 5

La relación entre la topografía dolorosa abdominal inicial y la propedéutica clínica aplicada a los pacientes con apendicitis aguda (300 pacientes) con apendicitis aguda; el estudio realizado mostro al punto de Mc. Burney's como la técnica predilecta y ejecutada por los cirujanos en todos los pacientes con apendicitis aguda (300 pacientes), en relación a la región epigastrio (141 pacientes) obtuvo una frecuencia de 141 pacientes, en relación a la región Mesogastrio (97 pacientes) obtuvo una frecuencia de 97 pacientes, en relación a la región hipogastrio (60 pacientes) obtuvo una frecuencia de 60 pacientes, en relación a la región inguino escrotal (2 pacientes) obtuvo una frecuencia de 2 pacientes; el S. Rovsing, fue el segundo técnica de elección por los cirujanos en el momento de evaluar la apendicitis aguda (249 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la región epigastrio (141 pacientes) obtuvo una frecuencia de 113 pacientes, en relación a la región Mesogastrio (97 pacientes) obtuvo una frecuencia de 82 pacientes, en relación a la región hipogastrio (60 pacientes) obtuvo una frecuencia de 52 pacientes, en relación a la región inguino escrotal (2 pacientes) obtuvo una frecuencia de 2 pacientes; el punto Lecene fue la tercera técnica de elección por los cirujanos al momento de evaluar la apendicitis aguda (203 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la región epigastrio (141 pacientes) obtuvo una frecuencia de 92 pacientes, en relación a la región Mesogastrio (97 pacientes) obtuvo una frecuencia de 64 pacientes, en relación a la región hipogastrio (60 pacientes) obtuvo una frecuencia de 46 pacientes, en relación a la región inguino escrotal (2 pacientes) obtuvo una frecuencia de 1 paciente; el S. Psoas fue la cuarta técnica de elección de

los cirujano en el momento de evaluar una apendicitis aguda (199 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la región epigastrio (141 pacientes) obtuvo una frecuencia de 89 pacientes, en relación a la región Mesogastrio (97 pacientes) obtuvo una frecuencia de 66 pacientes, en relación a la región hipogastrio (60 pacientes) obtuvo una frecuencia de 43 pacientes, en relación a la región inguino escrotal (2 pacientes) obtuvo una frecuencia de 1 paciente; S. Blumberg o rebote fue la quinta técnica de elección por los cirujanos en el momento de evaluar una apendicitis aguda (194 pacientes), en relación a la región epigastrio (141 pacientes) obtuvo una frecuencia de 100 pacientes, en relación a la región Mesogastrio (97 pacientes) obtuvo una frecuencia de 58 pacientes, en relación a la región hipogastrio (60 pacientes) obtuvo una frecuencia de 35 pacientes, en relación a la región inguino escrotal (2 pacientes) obtuvo una frecuencia de 1 paciente; la temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ fue la sexta técnica de evaluación empleados por los cirujanos en los cuadros de apendicitis aguda (143 pacientes), en relación a la región epigastrio (141 pacientes) obtuvo una frecuencia de 65 pacientes, en relación a la región Mesogastrio (97 pacientes) obtuvo una frecuencia de 45 pacientes, en relación a la región hipogastrio (60 pacientes) obtuvo una frecuencia de 31 pacientes, en relación a la región inguino escrotal (2 pacientes) obtuvo una frecuencia de 2 pacientes; las otras maniobras - técnicas propedéuticas y signos, fueron de poco uso su empleo por los cirujanos al momento de estudiar un cuadro de apendicitis aguda; el resultado encontrado, contrasta con lo encontrado por Quizhpe E., donde expone que para el estudio y abordaje diagnóstico de la apendicitis aguda, es de mayor uso como técnica y maniobra de elección el Punto de Mc. Burney's, S. Rosving, S. Blumberg o rebote, S. Dumphy y fiebre; otro investigador como Tafur G. encontró al Punto de Mc. Burney's como el signo inicial y predilecto al momento de evaluar la apendicitis aguda; existe un estudio el cual difiere con nuestro resultado, como se cita Hernández J., Vargas J., donde encontraron al S. Blumberg o rebote el más empleado al momento de evaluar una apendicitis aguda; esto puede ser variable, dependiendo de la técnica de elección optada por el cirujano, el cual depende de su escuela y región donde haya estudiado y aprendido el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda. (3) (4) (14) Tabla N° 6

La gravedad del cuadro clínico apendicular en relación a los casos estudiados (300 pacientes); se encontró que la gran mayoría de casos de apendicitis aguda fueron diagnosticados en la etapa clínica complicada, siendo la apendicitis aguda complicada con peritonitis generalizada como predominante cuadro de diagnóstico en el servicio de cirugía, con 50.0 % (150 pacientes), seguido de la apendicitis complicada con peritonitis localizada con 17.7 (53 pacientes); en la etapa clínica no complicada, se encontró una

mediana frecuencia de casos diagnosticados en esta etapa, siendo la apendicitis aguda no complicada con cuadro clínico típico con 16.7 % (50 pacientes) y la apendicitis aguda no complicada con cuadro clínico atípico con 15.7 % (47 pacientes). Estos resultados contrastan con otros resultados encontrados en otros estudios llevados a nivel nacional y regional, como se cita a Salazar R, Guillermo C., el cual encontró que en nuestro medio existe una tasa de incidencia de apendicitis aguda no complicada es 35,32 por 1000 000 por habitantes, siendo el departamento de Ica con la tasa más alta y el departamento de Puno con la tasa más baja, en cuanto a la apendicitis complicada con peritonitis generalizada y absceso peritoneal se ubica entre 12 a 17 años de edad, y en mayores de 60 años con casos de apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada; Espinoza L., encontró que el diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la apendicitis aguda complicada; un estudio de corte regional como cita Matta M., encontró que fue frecuente encontrar la etapa complicada de la apendicitis aguda durante el diagnóstico preoperatorio pacientes pediátrico. (7) (8) (9) Tabla N° 7

En cuanto a la situación anatómica de la apéndice y su manifestación dolorosa topográfica abdominal en los casos de apendicitis aguda estudiados (300 pacientes); tenemos que la apéndice vermiforme tiene dos tipos de situación anatómica; la situación anterior y la situación posterior, siendo la evaluación de la situación anterior se encontró que la apéndice retro ileal obtuvo el más alta frecuencia en los casos estudiados (196 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la topografía dolorosa abdominal se obtuvo que la región epigástrica fue mayor frecuencia con 88 pacientes, región mesogástrica con 66 pacientes, región hipogástrica con 42 pacientes y región inguino escrotal derecho con 0 pacientes; la apéndice pélvica obtuvo una mediana frecuencia en relación a su tipo de situación pero colocándose en el quinto lugar de frecuencia total de todas las situaciones apendiculares (68 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la topografía dolorosa abdominal se obtuvo que la región epigástrica con 30 pacientes, región mesogástrica con 23 pacientes, región hipogástrica con 14 pacientes y región inguino escrotal derecho con 1 paciente; la evaluación de la situación posterior, se encontró a la apéndice retrocecal ascendente lateral con mayor frecuencia en relación a su tipo de situación pero colocándose en el segundo lugar de frecuencia total de todas las situaciones apendiculares (146 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la topografía dolorosa abdominal se obtuvo que la región epigástrica fue mayor frecuencia con 67 pacientes, región mesogástrica con 51 pacientes, región hipogástrica con 28 pacientes y región inguino escrotal derecho con 0 pacientes; la apéndice posterior sub cecal obtuvo una mediana frecuencia en relación a su tipo de situación pero colocándose en el tercer lugar de frecuencia total de todas las situaciones

apendiculares (125 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la topografía dolorosa abdominal se obtuvo que la región epigástrica con 54 pacientes, región mesogástrica con 38 pacientes, región hipogástrica con 33 pacientes y región inguino escrotal derecho con 0 paciente; la apéndice posterior retrocecal ascendente medial obtuvo una frecuencia media en relación a su tipo de situación pero colocándose en el cuarto lugar de frecuencia total de todas las situaciones apendiculares (117 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la topografía dolorosa abdominal inicial se obtuvo que la región epigástrica con 59 pacientes, región mesogástrica con 30 pacientes, región hipogástrica con 26 pacientes y región inguino escrotal derecho con 2 pacientes. Los otros tipos de situación anatómica obtuvieron una frecuencia baja respecto a los casos estudiados; en cuanto a la variable de otras situaciones del apéndice vermiforme donde abarca la situación ectópica del apéndice, fue relativamente muy baja, con 18 pacientes de los 300 pacientes estudiados. Los resultados obtenidos en esta investigación, difieren con los hallados en otra investigación, se cita a Quizhpe E., hayo que la situación apendicular predominante fue pélvica y la retrocecal; esto es variable debido al tipo de población estudiada, puesto que la anatomía de una región puede ser variable dependiendo de factores epidemiológicos como la raza, el sexo o la edad de los pacientes con apendicitis aguda. (4) Tabla N° 8

En cuanto al estadio evolutivo anatomopatológica macroscopica de la apendicitis aguda y el elemento ocluyente de su lumen de los casos estudiados (300 pacientes); el elemento ocluyente predominante en los casos estudiados fue el fecalito (197 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la evolución anatomopatológica macroscopica de la apendicitis, fue frecuente hallarlo en el estadio gangrenoso con 73 pacientes, seguido de estadio flemonoso con 52 pacientes, estadio Perforativo con 35 pacientes y estadio congestivo con 37 pacientes; el segundo elemento ocluyente de lumen apendicular, fue el parasito (82 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación a la evolución anatomopatológica de la apendicitis, fue frecuente hallarlo en el estadio gangrenoso con 29 pacientes, seguido de estadio flemonoso con 21 pacientes, estadio congestivo con 24 pacientes y estadio Perforativo con 8 pacientes; el tercer elemento ocluyente de lumen apendicular con una media de frecuencia, fue la hiperplasia nodular (76 pacientes de 300 pacientes), en relación a la evolución anatomopatológica macroscópica de la apendicitis, fue frecuente hallarlo en el estadio gangrenoso y flemonoso, ambos con 21 pacientes, seguido de estadio congestivo con 18 pacientes, estadio Perforativo con 16 pacientes; los otros dos elementos ocluyentes como contenido dismorfico, restos alimentarios y Fibroestenosis obtuvieron frecuencias bajas de presentación en los casos estudiados. Los resultados obtenidos difieren con

otra investigación, como cita Horacio., encontró que el 60 % de los casos es a consecuencia de una hiperplasia linfóide, frecuente en pacientes jóvenes, 35 % fecalitos en población adulta, resto es 5 % comprende obstrucción ocasionada por cuerpo extraños, parásitos y estenosis o tumores; esta disociación de resultados debe a factores ambientales, factores regionales por la dieta del paciente y nivel de instrucción que tiene el paciente, porque tiene que ver la higiene que este tiene al manipular y preparar sus alimentos. (15) Tabla N° 9

En relación a la situación anatómica y el estadio evolutivo de la apendicitis aguda en los casos estudiados (300 pacientes), tenemos que la apéndice vermiforme tiene dos tipos de situación anatómica; la situación anterior y la situación posterior, siendo la evaluación de la situación anterior se encontró que la apéndice retro ileal obtuvo el más alta frecuencia en los casos estudiados (196 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación al estadio evolutivo se obtuvo que el estadio gangrenoso y flemonoso, ambos obtuvieron un resultado equitativo con 63 pacientes, el estadio congestivo con 42 pacientes y el estadio Perforativo con 28 pacientes; la apéndice pélvica obtuvo una mediana frecuencia en relación a su tipo de situación pero colocándose en el quinto lugar de frecuencia total de todas las situaciones apendiculares (68 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación al estadio evolutivo se obtuvo que el estadio gangrenoso con 27 pacientes, el estadio Perforativo con 18 pacientes, el estadio flemonoso con 13 pacientes y el estadio congestivo con 10 pacientes; la evaluación de la situación posterior, se encontró a la apéndice retrocecal ascendente lateral con mayor frecuencia en relación a su tipo de situación pero colocándose en el segundo lugar de frecuencia total de todas las situaciones apendiculares (146 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación al estadio evolutivo se obtuvo que el estadio flemonoso con 47 pacientes, el estadio gangrenoso con 43 pacientes, el estadio congestivo con 38 pacientes y el estadio Perforativo con 18 pacientes; la apéndice posterior sub cecal obtuvo una mediana frecuencia en relación a su tipo de situación pero colocándose en el tercer lugar de frecuencia total de todas las situaciones apendiculares (125 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación al estadio evolutivo se obtuvo que el estadio gangrenoso con 50 pacientes, el estadio flemonoso con 27 pacientes, el estadio congestivo con 26 pacientes y el estadio Perforativo con 22 pacientes; la apéndice posterior retrocecal ascendente medial obtuvo una frecuencia media en relación a su tipo de situación pero colocándose en el cuarto lugar de frecuencia total de todas las situaciones apendiculares (117 pacientes de 300 pacientes estudiados), en relación al estadio evolutivo se obtuvo que el estadio gangrenoso con 41 pacientes, el estadio Perforativo con 33 pacientes, el estadio flemonoso con 30 pacientes y el estadio

congestivo con 13 pacientes. Los otros tipos de situación anatómica obtuvieron una frecuencia baja respecto a los casos estudiados; en cuanto a la variable de otras situaciones del apéndice vermiforme donde abarca la situación ectópica del apéndice, fue relativamente muy baja, con 18 pacientes de los 300 pacientes estudiados; estos resultados obtenidos son propios de esta investigación, puesto que no hay otra investigación que haya investigado esta relación de variables. Tabla N° 10

La relación entre el estadio evolutivo y la propedéutica clínica en los casos estudiados de apendicitis aguda (300 pacientes); el estudio realizado mostro al punto de Mc. Burney's como la técnica de elección por los cirujanos al momento de evaluar un paciente con apendicitis aguda (300 pacientes) y con una relación respecto al estadio evolutivo, se encontró que es de mayor frecuencia en el estadio gangrenoso con 101 pacientes en el estadio flemonoso con 86 pacientes, el estadio congestivo con 58 pacientes y el estadio Perforativo con 55 pacientes; el S. Rovsing, fue el segundo técnica de elección por los cirujanos en el momento de evaluar la apendicitis aguda (249 pacientes de 300 pacientes estudiados), se encontró que es de mayor frecuencia en el estadio gangrenoso con 87 pacientes en el estadio flemonoso con 71 pacientes, el estadio congestivo con 49 pacientes y el estadio Perforativo con 42 pacientes; el punto Lecene fue la tercera técnica de elección por los cirujanos al momento de evaluar la apendicitis aguda (203 pacientes de 300 pacientes estudiados), se encontró que es de mayor frecuencia en el estadio gangrenoso con 68 pacientes en el estadio flemonoso con 53 pacientes, el estadio congestivo con 44 pacientes y el estadio Perforativo con 38 pacientes; el S. Psoas fue la cuarta técnica de elección de los cirujano en el momento de evaluar una apendicitis aguda (199 pacientes de 300 pacientes estudiados), se encontró que es de mayor frecuencia en el estadio gangrenoso con 72 pacientes en el estadio flemonoso con 54 pacientes, el estadio Perforativo con 39 pacientes y el estadio congestivo con 34 pacientes; S. Blumberg o rebote fue la quinta técnica de elección por los cirujanos en el momento de evaluar una apendicitis aguda (194 pacientes de 300 pacientes estudiados), se encontró que es de mayor frecuencia en el estadio gangrenoso con 65 pacientes en el estadio flemonoso con 61 pacientes, el estadio congestivo con 37 pacientes y el estadio Perforativo con 31 pacientes; la temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ fue la sexta técnica de evaluación empleados por los cirujanos en los cuadros de apendicitis aguda (143 pacientes de 300 pacientes estudiados), se encontró que es de mayor frecuencia en el estadio gangrenoso con 55 pacientes en el estadio flemonoso con 38 pacientes, el estadio Perforativo con 34 pacientes y el estadio congestivo con 16 pacientes; las otras maniobras - técnicas propedéuticas y signos, fueron de poco uso por los cirujanos, pero mantuvieron una frecuencia media con respecto a los estadio

gangrenoso y flemonoso; los resultados expuestos son propios de la presente investigación, puesto que no hubo otra investigación que haya realizado la cotejacion de estas variables. Tabla N° 11

En cuanto al estadio evolutivo y el estadio de la apendicitis aguda de los casos estudiados (300 pacientes); siendo en estadios complicados y no complicados, se encontró que en un estadio complicado esta más vinculado a un estadio gangrenoso (101 pacientes de 300 pacientes estudiados) y a un estadio perforativo (55 pacientes de 300 pacientes estudiados); siendo en estadio no complicados de apendicitis aguda, la presencia de estadio congestivo (58 pacientes de 300 pacientes estudiados) y estadio flemonoso (86 pacientes de 300 pacientes estudiados); resultados propios de la investigación por no haber sido encontrada en otra investigación relacionada. Tabla N° 12.

CONCLUSIONES

1. La edad más afectada encontrada en el estudio fue 10 a 15 años de edad; y la segunda población afectada en mediana proporción se encuentra comprendida en edades comprendidas entre los 21 a 25 años de edad respectivamente; el sexo obtuvo un resultado homogéneo entre el sexo masculino y el sexo femenino de los casos estudiados.
2. La apendicitis aguda, tiene como factor relevante el tiempo de enfermedad; el cual define el grado de complicación que pueda tener el cuadro clínico y que es una variable no dependiente de las técnicas y maniobras propedéuticas que puede emplear el cirujano en la evaluación del paciente; considerando en forma general, la apendicitis aguda tienen un tiempo de evolución frecuente entre las 24 horas a 48 horas y en mediana instancia a las 72 horas; teniendo en cuenta que puede haber un vacío de horas en los casos los cuales solo el paciente toma en cuenta la manifestación de los síntomas, cuando el cuadro clínico ya está en una etapa complicada.
3. El tiempo de enfermedad en relación a la evolución anatomopatológica macroscópica, fue vinculante en ambas variables en una etapa complicada de la enfermedad, puesto que el estadio gangrenoso y perforativo de la apendicitis aguda está relacionado con la etapa clínica complicada con peritonitis localizada y generalizada de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Se debe de poner a disposición los hallazgos de este trabajo a las autoridades académicas de la Universidad Particular de Chiclayo, a estudiantes y profesionales de salud sobre todo a los cirujanos generales anatomopatólogos e instituciones públicas y privadas a promover este método de evaluación clínica anatomopatológica para el diagnóstico y clasificación de la apendicitis aguda según su tiempo de evolución y el hallazgo clínico anatomopatológico de la apendicitis aguda en nuestra región y país.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Reyes C. Correlación clínico histopatológica en pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Junio 2013 - 2015. [Internet]. 2016 [Citado 11 junio 2017]; Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3516/1/60505.pdf>
2. Vargas M. Correlación entre diagnostico preoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en pacientes del hospital regional Ayacucho, Enero – Diciembre 2016. [Internet]. 2017 [Citado 25 junio 2017]; Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3820/Vargas_Chavez_Marvin_Hugo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Tafur G. Correlación clínica, quirúrgica e histopatológica de la apendicitis aguda en menores de 18 años en el Hospital II - 2 Tarapoto en el 2014. [Internet]. 2015 [Citado 20 Julio 2017]; Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3982/Giancarlo_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Quizhpe E. Relación entre cuadro clínico y hallazgos intraoperatorio por apendicitis aguda en pacientes atendidos en emergencia del hospital IESS – LOJA. [Internet]. 2015 [Citado 15 Agosto 2017]; Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10704/1/ESTEFANIA%20ROCIO%20QUIZHPE%20PESANTEZ.pdf>
5. Advíncula M. Correlacion entre el diagnostico postoperatorio y anatomopatologico de apendicitis aguda en los pacientes del hospital central de la policia nacional del peru entre setiembre 2014 - setiembre 2015. [Internet]. 2016 [Citado 20 Agosto 2017]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/483>
6. Pajares R, Flor P. Correlación entre el diagnostico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en el hospital San Juan de Lurigancho de Enero a Diciembre del año 2014. [Internet]. 2015 [Citado 01 Setiembre 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4098>
7. Salazar R, Guillermo C. Epidemiología de la apendicitis aguda en el Perú 2009 – 2011. [Internet]. 2013 [Citado 15 Setiembre 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3442>
8. Matta M. Características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas de la apendicitis aguda en la población pediátrica de 0 - 14 años del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2014. [Internet]. 2015 [Citado 02 Octubre 2017]; Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes1.pdf>
9. Espinoza L. Aspectos epidemiológicos y anatomopatológicos de la apendicitis aguda en cirugía pediátrica en el Hospital Nacional "Luis N. Saenz" PNP, Enero – Diciembre

2014. [Internet] 2016. [Citado 09 Octubre 2017]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/507>
10. Ghorbani A, Forouzes M, Mohammad A. Variation in Anatomical position of vermiform appendix among Iranian population: an old issue which has not lost its importance. [Internet]. 2014. [Cited 23 October 2017]; 1(1):1-4. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ari/2014/313575/>
 11. Hospital De Emergencias "Jose Casimiro Ulloa" Departamento de Cirugia. Guia practica clinica: Diagnostico y tratamiento de apendicitis aguda codigo CIE 10: K35. [Internet]. MINSA. 2013. [Citado 28 noviembre 2017]; Disponible en: <http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/220520141524311.pdf>
 12. Oruč M, Denjalic A, Muminagic S, Hodzic H. Retrocaecal Appendix Position – Finding During the Classic Appendectomy. [Internet]. 2012. [Cited 11 November 2017]; 66(3): 190 – 193 Available from: https://www.researchgate.net/publication/229555141_Retrocaecal_Appendix_Position_-_Findings_During_the_Classic_Appendectomy
 13. Alubaidi K, Aikoye M, Basnyat P. Diagnosis of Acute Appendicitis in Adults: Role of a Simple Clinical Diagnostic Triad. [Internet]. 2016. [Cited 03 December 2017]; 7(1) 191 – 194 Available from: https://www.researchgate.net/publication/301329993_Diagnosis_of_Acute_Appendicitis_in_Adults_Role_of_a_Simple_Clinical_Diagnostic_Triad
 14. Hernández J, Vargas J. Validez del signo de Blumberg en relación con el estadio histopatológico del apéndice cecal en pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Mario Gaitán Yanguas desde Agosto de 2015 hasta Abril de 2016. [Internet]. 2016. [Citado 27 Diciembre 2017]; Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/466/1/trabajo%20de%20grado%20FINAL%20Juan%20felipe%20pdf.pdf>
 15. Horacio Patología Quirúrgica del Apéndice Cecal. [Internet]. 2009. [Citado 23 Enero 2018]; Disponible en: <http://sacd.org.ar/tcuatro.pdf>
 16. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 12 de Enero 2018, citado 20 Enero 2018]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3lico>
 17. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 24 de Noviembre 2017, citado 21 Enero 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Dolor_abdominal
 18. Oxforddictionaries.com [Internet]. Inglaterra: Oxforddictionaries; 2017. [actualizado 4 de Diciembre 2017, citado 22 Enero 2018]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/terebrente>

19. Esacademic.com [Internet]. España: Esacademic; 2013. [actualizado 5 de Agosto de 2013, citado 25 de Enero 2018]. Disponible en: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/41174/lancinante
20. Oxforddictionaries.com [Internet]. España: Oxforddictionaries; 2017. [actualizado 6 de Noviembre 2017, citado 26 Enero 2018]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/punzante>
21. Salud.ccm.net [Internet]. España: Salud.ccm; 2017. [actualizado 8 de Setiembre 2017, citado 28 Enero 2018]. Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/23089-dolor-difuso-definicion>
22. G-se.com [Internet]. España: g-se; 2017. [actualizado 9 Agosto 2017, citado 01 de Febrero 2018]. Disponible en: <https://g-se.com/hiporexia-bp-P57cfb26e7a763>
23. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 26 de Noviembre 2017, citado 03 Febrero 2018]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/N%C3%A1usea>
24. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 20 de Octubre 2017, citado 05 Febrero 2018]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/V%C3%B3mito>
25. Semiologia.med.uchile.cl [Internet]. Chile: semiologia.med.uchile; 2017. [actualizado 01 Diciembre 2017, citado 08 Febrero 2018]. Disponible en: <http://semiologia.med.uchile.cl/general/fiebre/>
26. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 25 de Setiembre 2017, citado 10 Febrero 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Punto_de_McBurney
27. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 28 de Octubre 2017, citado 15 Febrero 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Signo_de_Blumberg
28. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 16 de Julio 2017, citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Signo_de_Rovsing
29. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 20 de Agosto 2017, citado 24 Febrero 2018]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Signo_del_psoas
30. Portalesmedicos.com [Internet]. Argentina: Portalesmedicos; 2016. [actualizado 12 de Enero 2016, citado 26 Febrero 2018]. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Punto_de_Lanz
31. Cerebromedico.com [Internet]. España: Cerebromedico; 2017. [actualizado 23 de Octubre 2017, citado 28 Febrero 2018]. Disponible en: https://cerebromedico.com/cirugia/apendicitis-aguda#Signo_de_Talo-percusion
32. Cerebromedico.com [Internet]. España: Cerebromedico; 2017. [actualizado 23 de Octubre 2017, citado 29 Febrero 2018]. Disponible en: https://cerebromedico.com/cirugia/apendicitis-aguda#Signo_de_Talo-percusion

33. Cerebromedico.com [Internet]. España: Cerebromedico; 2017. [actualizado 23 de Octubre 2017, citado 30 Febrero 2018]. Disponible en: <https://cerebromedico.com/cirugia/apendicitis-aguda#Signo de Talo-percusion>
34. Radiologyinfo.org [Internet]. España: Radiologyinfo; 2014. [actualizado 20 de Mayo 2014, citado 1 Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/sp/glossary/glossary1.cfm?gid=583>
35. Sciaraffia C, Fernandez M, Rojas J. Utilidad de la diferencia de temperatura axilo rectal en apendicitis aguda: estudio retrospectivo. [Internet] 2004. [Citado 09 Octubre 2017]; 56(4) 370 – 372 Disponible en: [http://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_04/Rev.Cir.4.04.\(12\).AV.pdf](http://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_04/Rev.Cir.4.04.(12).AV.pdf)
36. Hiperplasia.org [Internet]. México: Hiperplasia; 2016. [actualizado 11 de abril del 2017, citado 3 Marzo 2018]. Disponible en: <http://hiperplasia.org/linfoide/>
37. Wikipedia.org [Internet]. España: Wikipedia; 2017. [actualizado 20 de Julio 2017, citado 24 Marzo 2018]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Fecaloma>
38. Diccionario.reverso.net [Internet]. España: Diccionario. Reverso; 2014. [actualizado 10 de mayo del 2015, citado 5 Marzo 2018]. Disponible en: <https://diccionario.reverso.net/italiano-espanol/dismorfico>
39. Radiologyinfo.org [Internet]. España: Radiologyinfo; 2014. [actualizado 25 de Julio 2015, citado 7 Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/sp/glossary/glossary1.cfm?gid=240>
40. Definiciones-de.com [Internet]. Argentina: Definiciones-de; 2017. [actualizado 31 de Marzo 2017, citado 9 Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/congestivo.php>
41. Definiciones-de.com [Internet]. Argentina: Definiciones-de; 2017. [actualizado 20 de Junio 2017, citado 11 Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/flemonoso.php>
42. Oxforddictionaries.com [Internet]. España: Oxforddictionaries; 2017. [actualizado 20 de Noviembre 2017, citado 15 Marzo 2018]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/gangrenoso>
43. Definiciona.com [Internet]. España: definiciona; 2016. [actualizado 21 de Enero 2017, citado 18 Marzo 2018]. Disponible en: <https://definiciona.com/perforativo/>

ANEXOS

1.- Definiciones operacionales para el proyecto.

Dolor cólico: tipo de dolor abdominal que varía de intensidad en el tiempo, desde muy intenso hasta casi desaparecer, para volver aumentar de intensidad; debido a los movimientos peristálticos bruscos de las vísceras huecas abdominales. (17)

Dolor Retorcijón: tipo de dolor abdominal de gran intensidad, considerándose el siguiente escalón del dolor cólico. (18)

Dolor Terebrante: tipo de dolor que produce una sensación semejante a la de un taladro perforando la parte dolorida o enferma. (19)

Dolor Lasilante: Tipo de dolor que corta o desgarrar de forma aguda, como el dolor producido por una lanza. (20)

Dolor Punzante: tipo de dolor en punzada de una o varias agujas. (21)

Dolor Difuso: es un tipo de dolor con difícil localización por que no es nítido y se extiende a diferentes partes de una región topográfica anatómica del cuerpo humano. (22)

Hiporexia: Se define a la pérdida parcial del apetito, a consecuencia de una disfunción gastrointestinal caracterizada por inhabilidad para tolerar los alimentos vía enteral. (23)

Nausea: Sensación que indica proximidad del vómito, presenta como una situación de malestar en la parte superior del estómago y en ocasiones con sensación desagradable en la garganta. (24)

Vomito: Es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca. (25)

Alza Térmica no cuantificada: Sensación de aumento de la temperatura corporal en respuesta a una elevación del "set point" del Centro Termorregulador Hipotalámico. (26)

Punto Mc. Burney's: Corresponde a la unión del 1/3 externo con los 2/3 internos de una línea imaginaria trazada entre la espina iliaca antero-superior derecha hasta el ombligo. (27)

Signo Blumberg: Es la descompresión brusca dolorosa del abdomen y tiene gran importancia en revelar irritación peritoneal. Puede ser característico, en la fosa ilíaca derecha por una apendicitis. También es conocido como signo del rebote. (28)

Signo Rovsing: La presión en un punto del cuadrante inferior izquierdo del abdomen de una persona causa dolor en el cuadrante abdominal inferior derecho, revelándose que hay afección de tejido inflamado en ese lado derecho como es el caso de la apendicitis aguda. (29)

Signo Psoas: Es un signo que se encuentra durante la exploración física del abdomen y tiene gran importancia en pacientes con dolor abdominal agudo en quien se sospeche apendicitis. (30)

Punto Lanz: Punto situado en la unión del tercio derecho con el tercio medio de una línea que une las dos espinas iliacas anterosuperiores. Este punto corresponde casi siempre a la inserción del apéndice sobre el ciego. (31)

Maniobra talón o signo de talo percusión: El Signo o Maniobra de Talo-percusión consiste en elevar el miembro inferior derecho del paciente y aplicar un ligero pero firme golpe en el talón del pie derecho. El signo de Talo-percusión se considera positivo cuando se produce dolor en la Fosa Iliaca Derecha. (32)

Punto Lecene: Este punto se encuentra localizado aproximadamente a 2 centímetros superior y externo a la espina iliaca antero-superior. El dolor a la palpación indica que el signo es positivo. (33)

Punto Morris: El Punto de Morris tiene varias similitudes con el Punto de Mc Burney's. Al igual que en Mc Burney's utiliza la línea umbilico-espinal. También llamada línea de Morris (línea trazada imaginariamente entre el ombligo y cresta iliaca derecha). (34)

Tacto Rectal: Examen de la parte inferior del recto y la próstata de los hombres para detectar anomalías. "Tacto" significa que el médico hace el examen tocando con un dedo lubricado. (35)

Disociación axilo - oral y rectal: La temperatura axilo - rectal (DAR) o la temperatura oral - rectal (DOR), como signo clínico, sigue siendo ampliamente aceptado que esta diferencia es mayor a 1 °C en apendicitis aguda. (36)

Hiperplasia nodular linfoide: es la hinchazón de la linfa debido a un aumento acelerado de linfocitos cuando el sistema inmune percibe una amenaza para el cuerpo, como es el caso de la apendicitis aguda. (37)

Fecalito: (llamado también fecalito y coprolito, i.e., piedras de heces), es una acumulación de heces en el recto o en el colon, que taponan el flujo normal del tracto intestinal, como es el caso de la apendicitis aguda, obstruyen su lumen. (38)

Contenido dismorfo: Llámese al material impactado blando ocluyente del lumen apendicular, correspondiente a impactación de materia fecal. (39)

Fibroestenosis: estrechamiento de una abertura o conducto del cuerpo, debido a una reducción de su calibre de una estructura tubular por un proceso fibrotico crónico. (40)

Congestivo: Propio de la congestión o que es propenso a la congestión. Es decir, a la obstrucción por un exceso de líquido, sangre o mucus. (41)

Flemonoso: Perteneciente o relativo al flemón, colección infiltrativa de pus por una infección en un tejido blando. (42)

Gangrenoso: Que tiene las características o la naturaleza de la gangrena, llámese a una estructura con amplio compromiso de necrosis. (43)

Perforativo: Que se encuentra con disolución de continuidad en su pared y permite la evacuación de su contenido al exterior. (44)

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

“Correspondencia diagnóstica propedéutica y anatomopatológica macroscópica post quirúrgica en apendicitis aguda. Hospital Regional Docente Las Mercedes Lambayeque 2018”. Esta Ficha de Recolección se ha diseñado para transcribir la información verídica de la historia clínica. Lea cada Ítem y marque la opción que corresponda a la información de la historia clínica.

CODIGO: _____

VARIABLES CLINICAS

1. Grupo de edad más afectados

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 10 – 15 años | ☐ 31 – 35 años | ☐ 51 – 55 años |
| ☐ 16 – 20 años | ☐ 36 – 40 años | ☐ 56 – 60 años |
| ☐ 21 – 25 años | ☐ 41 – 45 años | ☐ Mayores 60 años |
| ☐ 26 – 30 años | ☐ 46 – 50 años | |

2. Genero

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Masculino | ☐ Femenino |
|---------------------------------|--------------------------------|

3. Forma de inicio

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Brusco | ☐ Alternante |
| ☐ Insidioso | |
| ☐ Gradual | |

4. Tiempo de enfermedad

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ☐ 6 hrs | ☐ 48 hrs | ☐ 5 días |
| ☐ 12 hrs | ☐ 72 hrs | ☐ 6 días |
| ☐ 24 hrs | ☐ 4 días | ☐ 7 días |

5. Curso de la enfermedad

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Progresivo | ☐ Oscilante |
|----------------------------------|---------------------------------|

6. Carácter del dolor abdominal

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Cólico | ☐ Terebrante | ☐ Punzante |
| ☐ Retorcijón | ☐ Lasilante | ☐ Difuso |

7. Síntomas adjuntos

- | | |
|---------------------------------|---|
| ☐ Hiporexia | ☐ Vómito |
| ☐ Náuseas | ☐ Sensación de Alza térmica |

8. Topografía dolorosa abdominal

Topografía abdominal	Orden de aparición algica	
	1 ^{er} Tiempo	2 ^{do} Tiempo
Epigastrio		
Mesogastrio		
Hipogastrio		
Región inguino escrotal derecha		
Fosa iliaca derecha		
Flanco derecho		
Región lumbo abdominal derecha		

9. Propedéutica clínica

- ☐ Punto Mc Burney's
- ☐ Punto Lecene
- ☐ Punto Lanz
- ☐ Punto Morris
- ☐ Signo Blumberg o rebote
- ☐ Disociación axilar – oral y rectal > 1°C
- ☐ Temperatura ≥ 38°C
- ☐ Taquicardia
- ☐ Diarrea
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Signo Rovsing
- ☐ Signo Psoas
- ☐ Maniobra Talón
- ☐ Hipersensibilidad F.I.D
- ☐ Tacto Rectal
- ☐ Rigidez abdominal
- ☐ Masa en F.I.D.

10. Estadiaje clínico

- a. **Apendicitis aguda no complicada:** ☐ SI ☐ NO
 - ☐ Cuadro clínico Típico
 - ☐ Cuadro clínico Atípico
- b. **Apendicitis aguda complicada:** ☐ SI ☐ NO
 - ☐ Apendicitis aguda con peritonitis localizada
 - ☐ Apendicitis aguda con peritonitis generalizada

VARIABLES ANATOMOPATOLOGICAS

1. Situación Anatómica

- a. **Situación anterior:**
 - ☐ Pélvica
 - ☐ Pre ileal

☐ Retro ileal

b. Situación posterior:

☐ Retrocecal:

☐ Ascendente Medial

☐ Ascendente Lateral

☐ Sub cecal

☐ Para cecal

c. Otros:

☐ Ectópica

2. Elemento ocluyente

☐ Hiperplasia nodular

☐ Contenido dismorfico

☐ Restos alimentarios

☐ Fecalito

☐ Parasito

☐ Fibroestenosis

3. Estadio evolutivo

☐ Estadio I Congestivo (Fase I/IV)

☐ Estadio II Flemonoso (Fase II/IV)

☐ Estadio III Gangrenoso (Fase III/IV)

☐ Estadio IV Perforativo (Fase IV/IV)