

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**“Diferencias en la presentación clínica y los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis aguda entre el adulto mayor y adulto joven) , en el Hospital Es Salud II Cajamarca, enero – diciembre del 2018”.**

**PRESENTADO POR:**

**CORTEZ RODRÌGUEZ, JEANCARLOS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**ASESOR:**

**M.C. CÈSAR UCEDA MARTOS**

**CAJAMARCA – PERÚ-2020**

**2020**

**DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios por darme vida y el don de ayudar a los más necesitados, A mis padres que con gran esfuerzo y dedicación supieron llevarme por el camino del bien, apoyándome incondicionalmente, y sin ellos no hubiera sido posible terminar mi carrera exitosamente.

## **AGRADECIMIENTO.**

Agradezco a Dios. A mis padres Edith y Migdonio que con sus enseñanzas y apoyo incondicional lograron llevarme por el buen camino, siendo ello los principales responsables de mi formación.

Agradezco al MC César Uceda Martos que con su conocimiento, experiencia y capacidades me apoyó desinteresadamente en el desarrollo de esta investigación.

Expreso mi agradecimiento a todos los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca quienes que con vocación y conocimiento contribuyen a la formación académica y moral del estudiante, para el desarrollo de un futuro mejor.

## **RESUMEN:**

**TEMA:** Diferencias en la presentación clínica y los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis aguda entre el adulto mayor y adulto joven) , en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre del 2018.

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar si existen diferencias en la presentación clínica y los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis aguda entre el adulto mayor y el adulto joven en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero - diciembre del año 2018.

**MÉTODO:** El presente trabajo es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo con ayuda de las historias clínicas se revisó el cuadro clínico y los hallazgos anatomopatológicos presentados en el adulto mayor y adulto joven.

**RESULTADOS:** se encontraron 104 historias clínicas con el diagnóstico de apendicitis aguda que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, tanto en el adulto mayor como adulto joven la apendicitis aguda predominó en el sexo masculino con el 58,4% y 65,3% respectivamente. El síntoma más frecuente en el adulto mayor y adulto joven fue el dolor abdominal con el 96,55% y 97,3 %respectivamente. El signo más frecuente fue el de Mc Burney que en el adulto mayor y adulto joven se presentó en el 93,1% y 100%; El hallazgo anatomopatológico más común en el adulto mayor fueron la gangrenada y perforada ambas con 34,48%, y en el adulto joven la supurada con el 34,66%.

**CONCLUSION:** Los pacientes adultos mayores presentan un tiempo de enfermedad mayor al adulto joven, los signos peritoneales se presentan con mayor frecuencia en el adulto mayor, en los hallazgos anatomopatológicos la supurada fue más frecuente en el joven, mientras la perforada y gangrenada predominó en el adulto mayor.

**PALABRAS CLAVE:** Adulto mayor, adulto joven, hallazgos anatomopatológicos, apendicitis aguda.

## **SUMMARY**

**TOPIC:** Differences in the clinical presentation and pathological findings of acute appendicitis between the elderly and young adults), at EsSalud II Cajamarca Hospital, January - December 2018.

**GENERAL OBJECTIVE:** To determine if there are differences in the clinical presentation and the pathological findings of acute appendicitis between the elderly and the young adult at the EsSalud II Cajamarca Hospital, January - December of the year 2018.

**METHOD:** The present work is a retrospective, cross-sectional and descriptive study with the help of medical records, the clinical picture and the pathological findings presented in the elderly and young adults were reviewed.

**RESULTS:** 104 clinical histories were found with the diagnosis of acute appendicitis that met inclusion and exclusion criteria, both in the elderly and young adults acute appendicitis prevailed in the male sex with 58.4% and 65.3% respectively. The most frequent symptom in the elderly and young adults was abdominal pain with 96.55% and 97.3% respectively. The most frequent sign was that of Mc Burney, which in 93.1% and 100% in the elderly and young adults; The most common pathological finding in the elderly was gangrenous and perforated both with 34.48%, and in the young adult the suppurated with 34.66%.

**CONCLUSION:** Elderly patients present a longer illness time to the young adult, peritoneal signs occur more frequently in the older adult, in the pathological findings the suppurated was more frequent in the young, while perforated and gangrenous predominated in the Elderly.

**KEY WORDS:** Elderly, young adult, pathological findings, acute appendicitis.

## **INTRODUCCIÓN**

A nivel mundial la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico no traumático. El proceso inflamatorio del apéndice cecal se inicia con la obstrucción de su luz apendicular por diferentes circunstancias, entre ellos están fecalitos, parásitos, hiperplasia linfoide y tumores. Lo que conlleva a una invasión por microorganismos patógenos, si no se trata quirúrgicamente la extensión de este proceso inflamatorio trae consigo la necrosis y perforación del apéndice cecal. En algunos casos se disemina por la cavidad abdominal produciendo una peritonitis generalizada.

Es importante conocer las diferencias en la presentación clínica del adulto mayor y adulto joven, si bien el cuadro clínico en ambos es semejante, la intensidad es menor en el adulto mayor y muchas veces esto nos conlleva a un tardío diagnóstico y tratamiento; posteriormente nos trae más complicaciones en este grupo etario.

En el Capítulo I se explica sobre la formulación del problema y sus objetivos, el lugar donde se realizó dicha investigación, la justificación para la elaboración del tema.

Capítulo II marco teórico y antecedentes.

Capítulo III definición de variables, formulación de hipótesis.

En el Capítulo IV se describe materiales y métodos utilizados y aspectos éticos.

En el Capítulo V se evalúa los resultados.

Capítulo VI Discusión.

Capítulo VII Conclusiones

## **I.- PROYECTO DE TESIS**

<b>1.- TÍTULO DE TRABAJO.....</b>	<b>10</b>
<b>2.- ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL.....</b>	<b>10</b>
<b>3.- AUTOR.....</b>	<b>10</b>
<b>4.- ASESOR.....</b>	<b>10</b>
<b>5.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>10</b>
<b>6.- JUSTIFICACIÓN.-.....</b>	<b>10</b>
<b>7.- OBJETIVOS.-.....</b>	<b>12</b>
<b>7.1.- OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>12</b>
<b>7.2.- OBJETIVO ESPECIFICO.....</b>	<b>12</b>
<b>8.- ANTECEDENTES.....</b>	<b>13</b>
<b>9. MARCO TEORICO.....</b>	<b>17</b>
<b>9.- HIPOTESIS:.....</b>	<b>24</b>
<b>10.- DEFINICION DE VARIABLES.....</b>	<b>24</b>
<b>11.- MATERIALES Y METODOS.....</b>	<b>25</b>
<b>11.1 Tipo y diseño de la investigación.....</b>	<b>25</b>
<b>11.2 Técnicas de muestreo.....</b>	<b>25</b>
<b>11.2.1 Población en estudio .....</b>	<b>25</b>
<b>11.2.2 Muestra.....</b>	<b>25</b>

<b>11.2.3 Criterios de inclusión.....</b>	<b>25</b>
<b>11.2.4 Criterios de exclusión.....</b>	<b>26</b>
<b>11.3 Técnicas de recolección de datos.....</b>	<b>26</b>
<b>11.3.1 Instrumento de recolección de datos .....</b>	<b>26</b>
<b>11.3.2 Análisis estadístico.....</b>	<b>26</b>
<b>11.4 Aspectos éticos.....</b>	<b>27</b>
<b>12.- RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>13. DISCUSIÓN .....</b>	<b>39</b>
<b>14. CONCLUSIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>15. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>44</b>
<b>16.- CRONOGRAMA.....</b>	<b>48</b>
<b>16.1 Recursos disponibles.....</b>	<b>48</b>
<b>16.2 Recursos materiales.....</b>	<b>49</b>
<b>16.3 Infraestructura.....</b>	<b>49</b>
<b>16.4. Presupuesto y financiamiento.....</b>	<b>49</b>
<b>13.-ANEXO.....</b>	<b>50</b>

# **CAPITULO I**

## **TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS**

Diferencias en la presentación clínica y los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis aguda entre el adulto mayor y adulto joven, en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre del 2018.

### **1. ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL**

Medicina Humana

### **2. AUTOR**

Cortez Rodríguez Jeancarlos; Bachiller de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca.

### **3. ASESORES**

Dr. M.C César Uceda Martos - Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca.

### **4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Existen diferencias en la presentación clínica y los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis aguda entre adulto mayor y adulto joven, en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero –diciembre del 2018?

### **5. JUSTIFICACIÓN**

La enfermedad inflamatoria del apéndice es uno de los cuadros de urgencias más comunes a las que se enfrentan los cirujanos. Se presenta, generalmente, en pacientes entre la segunda y tercera décadas de la vida, disminuyendo su frecuencia en los extremos de la vida.<sup>1</sup>

En el año 2013 en el Perú, la tasa de apendicetomía fue 9,6 x 10 000 habitantes. La región con la mayor tasa de incidencia fue Madre de Dios (22,5 x 10 000 hab.). Por

otro lado, la región con la menor tasa de incidencia de apendicitomía fue Puno (2,7 x 10 000 hab.). Con respecto a la región de Cajamarca, se encontró una incidencia de 8 x 10 000 habitantes.<sup>2</sup>

El importante envejecimiento que sufre la población mundial ha hecho que en los últimos años se note un incremento en la frecuencia de múltiples enfermedades en los ancianos, una de ellas, la apendicitis aguda. Es necesario conocer la variación de los diferentes cuadros nosológicos con la edad, considerando la pluripatología orgánica asociada.<sup>3</sup>

Los cuadros de apendicitis aguda se presentan en ancianos y menores de 65 años con una frecuencia entre 5 y 10 % respectivamente, con respecto a la mortalidad es de 0,2 % para menores de 65 años y 4,6 % para los mayores de 65 años <sup>4</sup>

Debemos tener en cuenta que en los ancianos los síntomas son tardíos e inespecíficos, el dolor y la fiebre tienen baja sensibilidad y suelen ser discretos. Un cuadro clínico atípico es frecuente en este tipo de pacientes <sup>4</sup>.

En la Apendicitis aguda es importante establecer un diagnóstico precoz, de esta manera disminuir la morbimortalidad, particularmente en las edades extremas de la vida. En los ancianos se registra la mayor mortalidad, debido, principalmente, al tratamiento tardío, sin embargo, las comorbilidades y la disminución de las capacidades fisiológicas propias del envejecimiento, desempeñan también su papel. Aunque menos del 10 % de los pacientes operados por Apendicitis aguda son mayores de 60 años, más del 50 % de las muertes por esta enfermedad ocurren en este grupo etario.<sup>3</sup>

La apendicitis aguda es una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico a nivel mundial y su presentación se puede presentar a cualquier edad; es necesario estudiarla en los diferentes grupos etarios; para un diagnóstico y tratamiento precoz, de esta manera evitar posibles complicaciones, si tomamos en cuenta que la población del adulto mayor va en crecimiento, también han aumentado los casos de apendicitis aguda

en ellos, y las complicaciones son más graves en este grupo etario debido a muchos factores como la presentación clínica atípica que retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno, por ello es necesario su estudio para aportar información acerca de su presentación clínica en estos grupos etarios y poder compararlo con la presentación clínica del joven, con el fin de obtener un diagnóstico más certero y oportuno de esta patología.

Así mismo reafirmar sus características clínico epidemiológicas de los pacientes adultos mayores con apendicitis aguda. La variabilidad del cuadro clínico del paciente adulto mayor con apendicitis aguda conlleva a difícil diagnóstico y por tanto tardío tratamiento, por lo cual este estudio pretende dar a conocer como se presentan estos casos en nuestra localidad.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. Objetivo General:**

- Determinar si existen diferencias en la presentación clínica y los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis aguda entre el adulto mayor (55 años a más) y el adulto joven (18-54 años) en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero - diciembre del año 2018.

### **6.2. Objetivos Específicos:**

- Determinar las características epidemiológicas de apendicitis aguda en el adulto joven y adulto mayor, en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero - diciembre del año 2018
- Determinar características clínicas de apendicitis aguda en el adulto mayor y adulto joven en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero - diciembre del año 2018.

- Identificar los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos tanto en el adulto mayor como adulto joven en el Hospital EsSalud II Cajamarca, enero a diciembre del año 2018.

## CAPITULO II

### 7. ANTECEDENTES

#### A nivel local:

- **Juan Brayan Adderly, Miranda Zelada, en su estudio:** "Características clínicas, de laboratorio e imagenológicas de apendicitis aguda en pacientes de la tercera edad en el Hospital Regional de Cajamarca entre enero a diciembre del 2012". En este estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, de un total de 62 pacientes, el 93% de casos tenían entre 60 y 80 años, tiempo de enfermedad mayor a 24 horas en el 83% de los casos, el dolor abdominal estuvo presente en el 100% de los pacientes, los síntomas acompañantes más frecuentes vómito (53%) e hiporexia (45%), el signo más frecuente McBurney (85%), hallazgo de perforación (32%). Entre las personas de la tercera edad el grupo etario mayormente afectado se encuentra entre 60 y 80 años(93%),En el estudio anatomopatológico, la apendicitis aguda complicada fue la más frecuente(74%), siendo el hallazgo más común la perforación(32%), la prevalencia de la enfermedad fue igual en el sexo masculino y femenino (50%), tiempo de enfermedad fue mayor de 24 h en el 83% de los pacientes.<sup>5</sup>

#### A nivel Nacional:

- **Hernán Arcana Mamani** “Factores relacionados con la Apendicitis Aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza un enfoque basado en la evidencia 2003.” El presente estudio analítico de corte transversal y prospectivo donde se estudiaron todos los pacientes

de edades entre 15 y 60 años en el periodo 1 de mayo de 2003 y 30 de abril 2004, en Hospital Arzobispo Loayza, se estudiaron historias clínicas de 700 pacientes se encontró una tasa de apendicitis complicada (61.6%), apendicitis aguda no complicada (35.1%) y apéndices normales (3.3%). El 42.4% corresponden al sexo masculino y el 57,6% al sexo femenino. La mayor incidencia de apendicitis aguda se encontró en las edades de 15 a 24 años con 310 casos (44.3%). Las molestias abdominales correspondieron a la cronología de Murphy en 425 pacientes (60.7%). El dolor abdominal difuso se presentó en 160 pacientes (22.8%). El signo de Mc Burney se encontró en 520 pacientes (74.2%) el signo de Rovsing en 423 pacientes (60.4%), el signo de Blumberg en el 54.2% de los pacientes. La fiebre acompañó a los pacientes al momento de su llegada a emergencia en 310 pacientes (44.2%). En el estudio se encontró una mayor tasa de apendicitis complicada (61.6%), el signo más frecuente fue Mc Burney (74.2%), el 89,6% de los casos acudieron después de las 24 h. <sup>6</sup>

- **Vega Lavado, Raul Antonio** en su estudio: “Apendicitis aguda: aspectos clínicos y de laboratorio en adultos mayores, atendido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018”. En este estudio de carácter descriptivo, retrospectivo y de corte transversal se contó con una muestra de 84 historias. Los pacientes del estudio tuvieron una mediana de edad de 67 años (RIQ: 64-71,5), el sexo masculino representó el 61.9%, además el 44% reportó tener alguna comorbilidad. Con respecto a las características clínicas que presentaron los adultos mayores podemos notar que en relación al tiempo de enfermedad la mayoría (33.3%) refirió 1 día de enfermedad, con respecto al dolor abdominal el 67.9% refirió migración del dolor, el 71.4% refirió un dolor localizado. La hiporexia se encontró en el 40.5%, el 36.9% refirió náuseas y el 26.2% presentó tanto náuseas como vómitos. Se encontró una mayor alteración en relación a la temperatura frente a la frecuencia cardiaca de los participantes, ya que hasta el 29.8% de los participantes presentó fiebre y solo el 9.5% taquicardia. El signo de McBurney fue el más frecuente estuvo presente en el 76.2% de los participantes. En los hallazgos

histopatológicos se encontró congestiva en 3,6%, supurada 15,7% necrosada 41%, perforada 39,8% de esta manera predominado las apendicitis complicadas. <sup>7</sup>

#### **A nivel Internacional:**

- **Luis Eduardo Morán Narváez** en su estudio: “Evolución de apendicitis aguda y pronóstico en pacientes del Hospital “Abel Gilbert Pontón” durante el período enero-diciembre de 2014”. El estudio realizado en 400 pacientes que acudieron al Hospital “Abel Gilbert Pontón” de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, se obtuvo que el 67% de los pacientes acudió con un tiempo de enfermedad menor a 24 h del inicio de los síntomas y sólo el 4% acudió después de las 72 h. Según el estudio anatomopatológicos se encontró el apéndice en un 43 % flemonoso, 23% edematoso, y un 34% gangrenoso. La edad de mayor presentación de esta patología osciló entre los 15 y 39 años, con clara mayor frecuencia en el sexo masculino que el femenino, además se determinó que la forma de mayor presentación que se encontró durante la realización de este estudio fue el apéndice de tipo flegmonoso entre las edades de 20 y 30 años. El estudio concluyó que la prevalencia de apendicitis aguda mayor en el sexo masculino (58%), el grupo etario de mayor presentación fue entre las edades de 15 a 30 años (66%), el 67% de los pacientes acudió en las primeras 24 h, las apéndices gangrenadas se asociaron a mayores complicaciones pos operatorias (80%).<sup>8</sup>
- **En el 2014, Abdelkarim H Omari, Et. al.** En su trabajo: “Apendicitis aguda en el anciano: factores de riesgo para la perforación”. En el estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, durante el período de estudio del 01 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2012, un total de 214 pacientes mayores de 60 años presentaron apendicitis aguda, 103 hombres y 111 mujeres. El apéndice se encontró perforado en 87 (41%) pacientes, 46 (53%) hombres y 41 (47%) mujeres. El 31% de los pacientes fueron diagnosticados solo por evaluación clínica, 40% necesitaron US y 29% TC. De los factores de riesgo estudiados, el tiempo de demora pre hospitalario del paciente fue el factor de riesgo más

importante para la perforación. La tasa de perforación no se relacionó con la presencia de comorbilidades o retraso en el hospital. Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 44 (21%) pacientes y fueron tres veces más comunes en el grupo perforado, 33 (75%) pacientes en el perforado y 11 (25%) en el grupo no perforado. Hubo 6 fallecidos (3%), 4 en el grupo perforado y 2 en el grupo no perforado. El estudio concluye que la apendicitis aguda en pacientes de edad avanzada es una enfermedad grave que requiere un diagnóstico precoz para una oportuna intervención. La perforación apendicular aumenta la mortalidad y la morbilidad. Todos los pacientes de edad avanzada que se presentan en el hospital con el dolor abdominal debe ser admitido e investigado. El uso temprano de la tomografía computarizada puede acortar el camino al tratamiento apropiado.<sup>9</sup>

- **En el 2011, Radamés Isaac Adefna Pérez. Et .al.,** En su trabajo "Apendicitis aguda en el adulto mayor, resultados del tratamiento quirúrgico en un Hospital Regional Docente "Miguel Enríquez". En el presente estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, el estudio se realizó en el periodo 1 de enero del 2005 al 31 de diciembre de 2008, se estudiaron 214 pacientes se observó que la incidencia de apendicitis aguda en el adulto mayor fue de 4,7 %. El grupo más afectado fue de 60 a 69 años (83%). De los síntomas predominó el dolor abdominal (96,1%), anorexia (92,3%), las náuseas y vómitos (61,5%). En 2 pacientes no se registró dolor abdominal, y en los que lo presentaron el dolor típico predominó en el grupo de 60-69 años, y a medida que aumentó la edad predominó el denominado dolor atípico. En los hallazgos anatomopatológicos encontramos apéndices perforadas en (13,5 %), gangrenadas (13,5 %) y las supuradas (21,1 %). La morbilidad global fue de 28,8 %.<sup>10</sup>
- **En el 2018, Gamaliel Vázquez-Estudillo. Et .al.,** En su trabajo "Concordancia del diagnóstico del cirujano con el diagnóstico histopatológico en pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda en el Hospital Naval de Alta Especialidad". Este estudio de tipo transversal cuantitativo no experimental realizado en el periodo de septiembre de 2015 a agosto del 2017 .La muestra calculada fue de 200 pacientes se estableció un nivel de confianza de 95%

con un margen de error de kappa (+ /-15). La mayor proporción de pacientes de sexo femenino (57%). La mayor proporción según rango de edad fue entre los 30 y 40 años con un 43,5%. Al categorizar por grupos en relación a la fase de Apendicitis aguda en el posoperatorio, fueron diagnosticados por el cirujano 5 (2.5%) como apéndices aparentemente sanos o sin signos inflamatorios, 73 (36.5%) como Apendicitis aguda congestiva, 97 (48.5%) como flemonosa, 20 (10%) como gangrenosa, y 5 (2.5%) como perforada. El diagnóstico histopatológico arrojó las siguientes cifras de resultados: 10 (5%) apéndices sin signos inflamatorios, 61 (30.5%) congestiva o catarral, 107 (53.5%) flemonosa o supurada, 11 (5.5%) gangrenosa o necrosada, y 11 (5.5%) perforada.<sup>11</sup>

Se concluyó una baja concordancia (kappa: 0.18) en el diagnóstico de apendicitis aguda entre cirujanos y patólogos al clasificarla por fases. Teniendo en cuenta esto, lo ideal sería que hubiera una concordancia buena (kappa: > 0,7) o excelente (kappa: > 0,8) entre el diagnóstico macroscópico posoperatorio hecho por el cirujano y el histopatológico hecho por el patólogo de los casos de Apendicitis aguda y sus fases, ya que la terapéutica posoperatoria depende del adecuado diagnóstico emitido por el cirujano al realizar el procedimiento quirúrgico.<sup>11</sup>

## **8. MARCO TEÓRICO**

### **APENDICITIS AGUDA.**

#### **ANATOMÍA**

El apéndice cecal está ubicado en la pared posteromedial del ciego a 1,7 cm de la válvula ileocecal, donde las tenias del colon confluyen en el ciego, la longitud promedio en varones es de 91,2 mm y en mujeres de 80,3 mm. El apéndice es considerado un divertículo verdadero debido a que su pared está conformada por mucosa, submucosa, muscular longitudinal, muscular circular y serosa. Está

relacionado anatómicamente con la pared abdominal de manera anterior, y de manera posterior con el musculo iliopsoas y el plexo lumbar.<sup>12</sup>

El apéndice cecal esta irrigada por la arteria apendicular, rama de la arteria ileocólica.

12

Existe una gran variedad de localizaciones en las que puede presentarse el apéndice, se puede identificar las 5 principales. <sup>13</sup>

-Apéndice ascendente en el receso retrocecal, 65%.

-Apéndice descendente en la fosa iliaca, 31%.

-Apéndice transverso en el receso retrocecal, 2,5%.

-Apéndice ascendente, paracecal y periileal, 1%.

-Apéndice ascendente, paracecal y postileal 0,5%.

## **EPIDEMIOLOGÍA.**

La apendicitis aguda es la indicación quirúrgica no traumática más común en el mundo; que se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y 30 años. El riesgo de presentar esta enfermedad en hombres y mujeres es de 16,33% y 16,34% respectivamente. Su incidencia anual es 139,54 x 100000 habitantes.<sup>12</sup>

El riesgo de presentar apendicitis aguda en los Estados Unidos es de 7 a 8% y en Corea de Sur de 16%. Existen estudios en Estados Unidos y Reino Unido que demuestran que la apendicitis aguda es más frecuente en raza blanca en comparación a las demás razas. Sin embargo, aún no se comprende completamente las razones por las cuales esto ocurre.<sup>14</sup>

## **ETIOPATOGENIA**

El desencadenante principal de la apendicitis aguda es la oclusión de luz apendicular, causada por fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos y tumores primarios o metástasis. Se inicia con la inflamación de la pared apendicular, luego se presenta una congestión vascular, isquemia, perforación, en algunos casos se desarrollan abscesos localizados o peritonitis generalizada. Mientras se desarrolla estos fenómenos ocurre una proliferación bacteriana: en etapas tempranas se manifiesta una flora aerobia, después en etapas tardías se produce una flora mixta (aerobios y anaerobios). El apéndice cecal es reservorio de microorganismos como *E. coli* y *Bacteroides spp*, que son las más frecuentes, sin embargo, en caso de paciente con apendicitis aguda complicada(perforada) se ha encontrado microorganismos como *Fusobacterium*; Tales microorganismos invaden la pared apendicular produciendo un exudado neutrofilico, el flujo de neutrófilos produce una reacción fibropurulenta sobre la serosa, del mismo modo una irritación del peritoneo parietal adyacente. Después que ocurre la inflamación y la necrosis, el apéndice tiene más riesgo de perforación, lo que conlleva a la formación de abscesos y peritonitis difusa.<sup>12</sup>

La etiología de la apendicitis aguda es aún incierta y poco entendida en la actualidad. Teorías recientes se orientan en los factores genéticos, influencias ambientales e infecciones; para evidencia de ello se reporta que las personas con antecedentes familiares de apendicitis aguda, tiene un riesgo tres veces mayor de presentar la enfermedad respecto a las personas sin antecedentes familiares.<sup>12</sup>

## **DIAGNOSTICO**

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La manifestación clínica principal que presenta el paciente es el dolor abdominal, aunque también se presentan otros síntomas como anorexia, náuseas, fiebre, constipación /diarrea. El tipo de dolor más frecuente es periumbilical y en epigastrio, dicho dolor más tarde migra a hacia el cuadrante inferior derecho, el dolor migratorio se presenta del 50 al 60 % de los pacientes. Los síntomas como las náuseas y los vómitos suelen instalarse después del dolor, la fiebre suele presentarse seis horas después del inicio de cuadro clínico.<sup>12</sup>

Al realizarse el exámen físico de estos pacientes debe considerarse la toma de signos vitales; podemos encontrar temperatura mayor de 38°C, taquicardia y taquipnea. Los signos clínicos al inicio son inespecíficos. sin embargo con la evolución de la enfermedad, donde se va involucrando el peritoneo parietal se produce sensibilidad en el cuadrante inferior derecho de tal manera puede detectarse en el examen físico; el dolor suele exacerbarse con el reflejo de la tos y los movimientos.<sup>12</sup>

El punto de McBurney corresponde casi siempre al punto de máximo dolor, el cual está ubicado a dos tercios del ombligo en una línea trazada del ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha. El paciente presentará signos de irritación peritoneal con defensa muscular en caso de peritonitis.<sup>12</sup>

Se han descrito diferentes signos clínicos en el examen físico para facilitar el diagnóstico. entre ellos encontramos Blumberg (dolor a la descompresión brusca en fosa iliaca derecha), Rovsing (palpación en fosa iliaca izquierda y el dolor referido en fosa iliaca derecha), psoas (dolor en fosa iliaca derecha por la extensión de la cadera derecha), obturador (dolor en fosa iliaca derecha tras la flexión y rotación interna de la cadera derecha).<sup>12</sup>

## **BIOMARCADORES**

En pacientes donde el cuadro clínico no está claro, se utilizan biomarcadores como apoyo al diagnóstico. De acuerdo a un estudio en el 2016 se hizo una revisión de literatura de enero de 2000 a setiembre de 2015 para evaluar la utilidad clínica de algunos biomarcadores en el diagnóstico de apendicitis aguda. En el estudio se encontró que el leucograma completo tiene una pobre exactitud diagnóstica pese a su amplia utilización. Estudios como el de la interleuina-6 ha demostrado un mayor beneficio en el diagnóstico, sin embargo, representa un mayor costo. El estudio concluyó que no existe un biomarcadores con sensibilidad y especificidad lo suficientemente altas para utilizarlas de manera aislada en el diagnóstico de apendicitis aguda.<sup>14</sup>

## **IMÁGENES**

En lo largo de la historia de han descrito varios signos radiográficos de apendicitis aguda, sin embargo, hoy en día ya no se utilizan en la valoración inicial ante la sospecha de apendicitis aguda.<sup>14</sup>

El ultrasonido es un examen auxiliar no invasivo, que no usa radiación y tiene una sensibilidad de 71 a 94% y una especificidad de 81 a 98% para el diagnóstico de apendicitis. Para confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda es confiable, pero no para excluirlo. Además, debemos considerar que es un examen operador dependiente y que no todos los servicios de emergencia cuentan con algún ultrasonido.<sup>14</sup>

La tomografía computarizada se ha convertido en el examen de elección para el diagnóstico de apendicitis aguda a nivel mundial. Presentando una sensibilidad de 92,3%, reduciendo las tasas de apendicectomía negativa en un 6%. Sin embargo, se debe tomar en cuenta el riesgo, principalmente en pacientes pediátricas y embarazadas debido a la radiación.<sup>14</sup>

La resonancia magnética es una excelente opción en gestantes y en niños que tengan un examen de ultrasonido inconcluso. Un metaanálisis reportó una sensibilidad de 97% y especificidad de 95% de la resonancia para apendicitis aguda. Sin embargo, el elevado costo y baja disponibilidad son obstáculos por lo cual se limita su uso para niños y gestantes.<sup>14</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de apendicitis aguda se realiza de acuerdo a la anamnesis, exploración física, resultados de laboratorio y /o imagen; se han estudiado y comparado distintas modalidades de diagnóstico utilizando valores de laboratorio de manera aisladas resultandos ineficaces para el diagnóstico de apendicitis aguda. La eficacia diagnóstica mediante el examen físico como único método de estudio se encuentra entre 75% y 90%; la eficacia depende del examinador.<sup>12</sup>

## **SISTEMAS DE PUNTUACIÓN DIAGNOSTICO.**

Existen múltiples sistemas para el diagnóstico de apendicitis aguda; la escala de Alvarado es la más utilizada y ha sido modificada desde su introducción.<sup>12</sup>

La escala de Alvarado modificada asigna puntaje según los siguientes criterios: dolor migratorio a fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y vómito (1 punto), dolor a la palpación en fosa iliaca derecha (1 punto), temperatura mayor de 37,5(1 punto) y leucocitosis (2 puntos).<sup>12</sup>

De acuerdo al puntaje obtenido se dirigirá el manejo:

- Puntaje 0-3: Bajo riesgo para apendicitis, se considera el alta y regresar si no hay mejoría clínica.

- Puntaje 4-6: Hospitalización; si el puntaje se mantiene igual después de 12h se recomienda intervención quirúrgica.
- Puntaje 7-9: Apendicectomía.
- Mujeres no embarazadas con puntaje de 7-9: Laparotomía diagnóstica y apendicetomía si está indicada con los hallazgos transoperatorios.

## **TRATAMIENTO.**

### **APENDICECTOMÍA**

La apendicectomía convencional es el procedimiento más utilizado con un 98,3%, a diferencia de la apendicetomía laparoscópica que solo se usa en un 2,4%.<sup>12</sup>

Según la Asociación Mexicana de Cirugía General clasifica a la apendicitis aguda en:

-Apendicitis aguda: infiltrado de leucocitos en la membrana basal del apéndice cecal.<sup>14</sup>

-Apendicitis no complicada: apendicitis aguda sin datos de perforación.

-Apendicitis complicada: apéndice cecal perforado sin o con absceso localizado y/o peritonitis purulenta.

Antes se consideraba una alternativa el manejo de apendicitis no complicada mediante un tratamiento conservador con antibióticos; sin embargo, los últimos metaanálisis comparativos entre el manejo conservador y el tratamiento quirúrgico han demostrado que el tratamiento de elección es el manejo quirúrgico.<sup>14</sup>

En el manejo quirúrgico el abordaje laparoscópico idealmente, sin embargo, cuando no se tengan condiciones y medios, la modalidad abierta queda disponible.<sup>14</sup>

## **CAPÍTULO III**

### **9. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.**

#### **9.1. HIPÓTESIS**

H1: Si existen diferencias en la presentación clínica en apendicitis aguda entre adulto mayor y joven en el Hospital EsSalud II Cajamarca en el periodo enero - diciembre del 2018.

H0: No existen diferencias en la presentación clínica en apendicitis aguda entre adulto mayor y joven en el Hospital EsSalud II Cajamarca en el periodo enero - diciembre del 2018.

#### **9.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

##### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Presentación clínica de la apendicitis aguda, Hallazgos anatomopatológicos de la apendicitis aguda

##### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Edad: Adulto mayor (55 años a más), Adulto menor (18 a 54 años).

##### **DEFINICIÓN OPERACIONAL: ANEXO 1**

## **CAPITULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **10. MATERIALES Y METODOS**

#### **10.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

El presente trabajo es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo desarrollado en el Hospital EsSalud II Cajamarca, en pacientes que ingresaron al servicio Cirugía General durante el periodo Enero – Diciembre del 2018, siendo atendidos inicialmente en emergencia con presunto diagnóstico de Apendicitis Aguda y posteriormente, intervenidos quirúrgicamente, hospitalizándose en el servicio de Cirugía General.

#### **10.2. POBLACIÓN**

Todos los pacientes con edades mayores a 18 años, apendicectomizados en el servicio de cirugía del Hospital EsSalud II Cajamarca

#### **9.4. TAMAÑO DE MUESTRA**

La muestra estará compuesta por toda la población de estudio que cumplan con los criterios de selección con diagnóstico de apendicitis aguda y sometidos a apendicetomía en el Hospital EsSalud II Cajamarca en el periodo Enero- Diciembre del 2018.

#### **10.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

##### **10.3.1. Criterios de Inclusión:**

- Pacientes con apendicitis aguda tratados quirúrgicamente.
- Pacientes con edades mayores a 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.

- Pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente en el tiempo de estudio.
- Pacientes que tengan su historia clínica completa.

#### **10.3.2. Criterios de Exclusión:**

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes gestantes con diagnóstico de apendicitis aguda.
- Pacientes que no tengan su historia clínica completa

#### **10.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se llenará la ficha de recolección de datos, previamente elaborada en base a la presentación clínica y hallazgos anatomopatológicos encontrados, y presentado en (anexo 2).

#### **10.5. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:**

1°. Se elaboró una ficha de recolección de datos;( que incluye: historia clínica, edad, sexo, diagnósticos pre y pos operatorios y resultado de patología (**Anexo 2**))

2°. Se solicita formalmente al Hospital EsSalud II Cajamarca el acceso a historias clínicas de pacientes apendicectomizados durante el periodo de estudio.

3°. La información se obtendrá revisando historias clínicas del archivo del Hospital EsSalud II Cajamarca, según los criterios de inclusión.

4° Se buscará en los libros de ingresos y de egresos todos aquellos pacientes adultos y adultos mayores con diagnóstico de Apendicitis aguda que hayan sido tratados quirúrgicamente.

5° Se analizarán los datos obtenidos, descartando las Historias clínicas mal llenadas o incompletas.

6°. Se solicitará acceder a los archivos del área de patología, revisando resultados de estudios anatomopatológicos de apéndice cecal, allí se completará totalmente las fichas de los casos estudiados.

Luego se introducirán todos los datos recopilados en una hoja de cálculo Excel, y l se procederá, después de revisar la calidad de la base de datos, a análisis en el programa SPSS. Se utilizará la desviación estándar y la media aritmética para expresar variables cuantitativas. Para asociar las variables cualitativas se utilizará frecuencias, porcentajes, prueba Chi-cuadrado de Pearson y test exacto de Fisher, considerándose significativo si  $p < 0,05$ . Los datos serán presentados en cuadros con su respectivo valor estadístico.

## **10.6. ASPECTOS ETICOS**

Se solicitará el permiso correspondiente a las autoridades del Hospital EsSalud II Cajamarca, para poder acceder a los expedientes clínicos y así realizar el presente estudio. Es importante señalar que al no ser un estudio experimental no se atentará contra principios de investigación con seres humanos de la Declaración de Helsinki, además la información de cada historia clínica se guardará con absoluta confidencialidad y se utilizará únicamente en la realización de este estudio.

## CAPÍTULO V

### 11. RESULTADOS OBTENIDOS

#### CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN EL ADULTO JOVEN Y ADULTO MAYOR.

Los resultados obtenidos en el estudio retrospectivo que comprendió 104 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda de acuerdo a los criterios descritos se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según sexo. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Sexo	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	49	47,1	17	16,3	66	63,5
Femenino	26	25,0	12	11,5	38	36,5
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historia Clínica.

Interpretación: Se puede observar que, del total de pacientes estudiados, el adulto joven abarcó el 72,1% en comparación a adulto mayor 27,9%; en el grupo de adultos jóvenes el sexo masculino y sexo femenino representan el 65,3% y 34,7% respectivamente. En el grupo del adulto mayor el sexo masculino representa el 58,4% en comparación al sexo femenino con 41,6%. La edad promedio del estudio fue de 45,5 años con una desviación estándar de 14,7.

( $X^2= 0,406$ ;  $p= 0,524$ ;  $p> 0,05$ )

Edad promedio: 45,5 años

Desviación Estándar: 14,7

No existe relación significativa ( $p > 0,05$ ) entre la edad del adulto con apendicitis aguda y el sexo según la prueba del Chi-Cuadrado con nivel de significancia del 0,05.

Tabla 2: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según procedencia. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Procedencia	Adulto				Total	
	Joven		Mayor		N°	%
	N°	%	N°	%		
Urbana	53	51,0	26	25,0	79	76,0
Rural	22	21,2	3	2,9	25	24,0
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historia Clínica.

Interpretación: Se puede observar que en el grupo de adulto joven proceden de zona urbana y rural el 70,73% y 29,27% respectivamente. En el adulto mayor los pacientes que provienen de zona urbana representan el 89,6% y los de zona rural el 10,4%. ( $X^2 = 4,130$ ;  $p = 0,042$ ;  $p < 0,05$ )

Existe relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la edad del adulto con apendicitis aguda y la procedencia según la prueba del Chi-Cuadrado con nivel de significancia del 0,05.

Tabla 3: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según tiempo de enfermedad. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Tiempo (horas)	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
De 0 a menos de 12	10	9,6	2	1,9	12	11,5
De 12 a menos de 24	12	11,5	2	1,9	14	13,5
De 24 a menos de 36	14	13,5	7	6,7	21	20,2
De 36 a menos de 72	24	23,1	9	8,7	33	31,7
De 72 a más	15	14,4	9	8,7	24	23,1
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>72,1</b>	<b>29</b>	<b>27,9</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica.

Interpretación: según el tiempo de enfermedad se puede observar que en el adulto joven el intervalo de tiempo más frecuente fue de 36 a 72h con un 32%, seguido del intervalo 72h a más con el 20%; En el adulto mayor se observó los intervalos de tiempo más frecuente fueron de 36 a 72 h y de 72 h a más ambos con el 31,03%.

( $X^2= 3,458$ ;  $p= 0,484$ ;  $p> 0,05$ )

Tiempo de enfermedad promedio: 42,4 años

Desviación Estándar: 24,9

Tabla 4: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según comorbilidad.  
Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Comorbilidad	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	1	1,0	26	25,0	27	26,0
No	74	71,2	3	2,9	77	74,0
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historia Clínica.

Interpretación: Se puede observar que 1, 35% de los adultos jóvenes presentó comorbilidades en comparación al 89,65% de los adultos mayores. ( $X^2= 9,735$ ;  $p= 0,002$ ;  $p< 0,05$ )

#### **CARACTERISTICAS CLINICAS DE APENDICITIS AGUDA EN EL ADULTO MAYOR Y ADULTO JOVEN**

Tabla 5: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según síntoma acompañante: Hiporexia. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Hiporexia	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	30	28,8	14	13,5	44	42,3
No	45	43,3	15	14,4	60	57,7
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: Se puede observar que la hiporexia se presentó en un 40% en los adultos jóvenes en comparación al adulto mayor donde estuvo presente en el 48,27%.

$$(X^2= 0,587; \quad p= 0,444; \quad p> 0,05)$$

Tabla 6: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según síntoma acompañante: Dolor abdominal. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Dolor abdominal	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	73	70,2	28	26,9	101	97,1
No	2	1,9	1	1,0	3	2,9
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: Se observa que en el adulto joven el dolor abdominal se presentó en el 97,3%; en cambio en el adulto mayor el dolor abdominal se presentó en el 96,55%. $(X^2= 0,046;p= 0,831;p> 0,05)$

Tabla 7: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según síntoma acompañante: Náusea. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Nausea	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	39	37,5	13	12,5	52	50,0
No	36	34,6	16	15,4	52	50,0
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: Se puede observar que en los adultos jóvenes la náusea estuvo presente en el 52% en cambio en el adulto mayor se presentó en el 44,8%. ( $X^2= 0,430$ ;  $p= 0,512$ ;  $p> 0,05$ )

Tabla 8: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según signos del paciente: Fiebre. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Fiebre	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	6	5,8	4	3,8	10	9,6
No	69	66,3	25	24,0	94	90,4
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: se puede observar que la fiebre en el adulto joven estuvo presente en el 8%, y en el adulto mayor la fiebre se presentó en el 13,6%.

( $X^2= 0,808$ ;  $p= 0,369$ ;  $p> 0,05$ )

Tabla 9: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según signos del paciente: Mc Burney. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Mc Burney	Adulto				Total	
	Joven		Mayor		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	75	72,1	27	26,0	102	98,1
No	0	0,0	2	1,9	2	1,9
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: Se observa que en el adulto joven el signo de Mc Burney se presentó en el 100% de los pacientes, en cambio en el adulto mayor se presentó en el 93,1% de los pacientes. ( $X^2= 0,5274$ ;  $p= 0,022$ ;  $p < 0,05$ ).

Tabla 10: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según signos del paciente: Blumberg. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Blumberg	Adulto				Total	
	Joven		Mayor		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	33	31,7	17	16,3	50	48,1
No	42	40,4	12	11,5	54	51,9
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: Se observa que el signo de Blumberg se presentó en el adulto joven y el adulto mayor en el 44% y 58,6% respectivamente. ( $X^2= 1,791;p= 0,181;p> 0,05$ )

Tabla 11: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según signos del paciente: Vómito. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Vómitos	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	24	23,1	8	7,7	32	30,8
No	51	49,0	21	20,2	72	69,2
Total	75	72,1	29	27,9	104	100,0

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: Se observa que el vómito en el adulto joven y adulto mayor estuvo presente en el 32% y 27,59% respectivamente. ( $X^2= 1,191;p= 0,662;p> 0,05$ ).

Tabla 12: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según otros signos del paciente: Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018.

Otros	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N o	%	N o	%	N°	%
Rovsing	1	18,	1	10,	30	28,8
	9	3	1	6		
Diarrea	1	1,0	1	1,0	2	1,9
Psoas	1	1,0	1	1,0	2	1,9
Durply	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Estreñimien to	1	1,0	0	0,0	1	1,0
Distención Abdominal	1	1,0	0	0,0	1	1,0
No	5	49,	1	15,	67	64,4
	1	0	6	4		
Total	7	72,	2	27,	10	100,
	5	1	9	9	4	0

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: Se puede observar que, entre los otros signos, el signo de Rovsing fue el más frecuente tanto en el adulto joven y adulto mayor con el 25,3% y 37,9% respectivamente. ( $X^2= 3,818$ ;  $p= 0,701$ ;  $p> 0,05$ )

Tabla 13: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según características del dolor abdominal: Situación del dolor al inicio de la enfermedad del paciente. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018.

Situación del dolor al inicio de la enfermedad	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Epigastrio	43	41.3	17	16.3	60	57.7
FID	16	15.4	3	2.9	19	18.3
Difuso	6	5.8	4	3.8	10	9.6
Mesogastrio	8	7.7	4	3.8	12	11.5
Hipogastrio	2	1.9	1	1.0	3	2.9
Total	75	72.1	29	27.9	104	100.0

Fuente: Historias Clínicas

Interpretación: Se observa que en el adulto joven la situación del dolor al inicio de la enfermedad se presentó con mayor frecuencia en epigastrio (57,3%), seguido del dolor en fosa iliaca derecha (21,3%); En el adulto mayor el dolor al inicio de la enfermedad se presentó con mayor frecuencia en epigastrio (58,6%) seguido del dolor difuso y en mesogastrio ambos con 13,9%.

Tabla 14: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según características del dolor abdominal: Situación del dolor al momento del diagnóstico del paciente. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018.

Situación del dolor al momento del diagnóstico	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
FID	75	72.1	29	27.9	104	100.0
Total	75	72.1	29	27.9	104	100.0

Fuente: Historias clínicas.

Interpretación: La cronología de Murphy en adultos jóvenes se presentó en el 68%, en cambio en los pacientes adultos mayores se presentó en el 72,4 %.

## HALLAZGO ANATOMOPATOLOGICO

Tabla 13: Adulto joven y adulto mayor con apendicitis aguda según hallazgos anatomopatológicos de los pacientes. Hospital EsSalud II Cajamarca, enero – diciembre 2018

Hallazgo anatomopatológico	Adulto				Total	
	Joven		Mayor			
	N°	%	N°	%	N°	%
Gangrenada	24	23,1	10	9,6	34	32,7
Supurada	26	25,0	3	2,9	29	27,9
Perforada	15	14,4	10	9,6	25	24,0
Congestiva	10	9,6	5	4,8	15	14,4
Otras (Absceso apendicular)	0	0,0	1	1,0	1	1,0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>72,1</b>	<b>29</b>	<b>27,9</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historias Clínicas.

Interpretación: Se puede observar que en el adulto joven el hallazgo anatomopatológico de apendicitis aguda más frecuente fue la supurada (34,66%) seguida de la apendicitis gangrenada (32%); sin embargo, en el adulto mayor el hallazgo anatomopatológico más frecuente fueron la apendicitis gangrenada y perforada ambos con el 34,48%. ( $X^2= 9,109$ ;  $p= 0,058$ ;  $p> 0,05$ )

## CAPÍTULO VI

### 12. DISCUSIÓN:

La frecuencia de apendicitis aguda del total de pacientes estudiados, el adulto joven abarcó el 72,1% en comparación a adulto mayor 27,9%; en el grupo de adultos jóvenes el sexo masculino y sexo femenino representan el 65,3% y 34,7% respectivamente. En el grupo del adulto mayor el sexo masculino representa el 58,4% en comparación al sexo femenino con 41,6%. La edad promedio del estudio fue de 45,5 años con una desviación estándar de 14,7. Al comparar estos hallazgos con lo encontrado en la literatura concuerdan con el estudio a nivel nacional Vega<sup>7</sup> encontró que en el adulto mayor de 60 años el sexo masculino representó el 61,9% y el sexo femenino el 38,1 % respectivamente, predominando la apendicitis aguda en el sexo masculino en ambos estudios, sin embargo, al compararlo con el estudio internacional de Abdelkarim H Omari, Et. Al<sup>9</sup>. Ellos encontraron una prevalencia de apendicitis aguda mayor en el sexo femenino (51,9%) en los pacientes ancianos, obteniendo en este caso resultados diferentes con nuestro estudio.

En el estudio se analizó la procedencia, en el grupo de adulto joven proceden de zona urbana y rural el 70,73% y 29,27% respectivamente. En el adulto mayor los pacientes que provienen de zona urbana representan el 89,6% y los de zona rural el 10,4%. No podemos establecer comparación con otros estudios porque no toman este parámetro como parte de la investigación. Estos resultados obtenidos probablemente se deban a que el estudio fue realizado en el hospital EsSalud II Cajamarca que a diferencia del Hospital Regional Docente Cajamarca cuentan con personas de más recursos económicos y por consiguiente pueden vivir en el departamento de Cajamarca.

Al analizar el tiempo de enfermedad se puede observar que en el adulto joven el intervalo de tiempo más frecuente fue de 36 a 72h con un 32%, seguido del intervalo 72h a más con el 20%; En el adulto mayor se observó los intervalos de tiempo más

frecuente fueron de 36 a 72 h y de 72 h a más ambos con el 31,03%. En un estudio a nivel local se encontraron resultados similares Miranda<sup>5</sup> en su estudio encontró que el tiempo de enfermedad en pacientes de tercera edad fue mayor a 24 horas en el 83% de los casos. Así mismo a nivel nacional Vega<sup>7</sup> encontró que en los adultos mayores el tiempo de enfermedad menor de 1 día fue de 33.3%. Sin embargo, Moran<sup>8</sup> en su estudio en pacientes jóvenes (15-39 años) obtuvo que el 67% de los pacientes acudió con un tiempo de enfermedad menor a 24 h. Según la literatura revisada el tiempo de enfermedad es mayor en el adulto mayor respecto al adulto joven.

Al analizar las comorbilidades se encontró que el 1,35% de los adultos jóvenes presentó comorbilidades en comparación al 89,65% de los adultos mayores. Sin embargo, estudios a nivel nacional como Vega<sup>7</sup> encontró que el 44% de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda presentó comorbilidades. Encontrándose una diferencia porcentual significativa en las comorbilidades del adulto mayor en ambos estudios.

En el cuadro clínico encontramos que el síntoma más común fue el dolor abdominal (97,1%), Por grupo etario el adulto joven (97,3%) y el adulto mayor (96,55%). A nivel local Miranda<sup>5</sup> encontró resultados similares en pacientes de la tercera edad donde el 100% presentó dolor abdominal. A nivel internacional Radamés Isaac<sup>10</sup> obtuvo resultados similares, en el adulto mayor el síntoma que predominó fue el dolor abdominal (96,1%), En nuestro estudio hay una ligera ventaja porcentual del dolor abdominal en el adulto joven. Seguida de las náuseas (50%), por grupo etario el adulto joven (52%) y el adulto mayor (44,8%). Al nivel nacional Vega encontró que 36.9% de los adultos mayores refirió náuseas, siendo este porcentaje menor al encontrado en nuestro estudio. En nuestro trabajo encontramos una mayor proporción de pacientes adultos jóvenes con náuseas en relación al adulto mayor. Con respecto a la hiporexia se presentó en 42 % del total de pacientes, por grupo etario se presentó en el 40% de los adultos jóvenes y el 48,27% de adultos mayores, A nivel local Miranda<sup>5</sup> encontró

resultados similares en pacientes adultos mayores presentándose la hiporexia en el 45% de los pacientes. A nivel Nacional Vega<sup>7</sup> encontró que la hiporexia se presentó en el 40,5% de los adultos mayores. En nuestro trabajo se puede ver hay una mayor proporción de adultos mayores con hiporexia en comparación al adulto joven.

El signo más frecuente fue el de Mc Burney (98,1%) según el grupo etario el adulto joven y adulto mayor presentaron el signo de Mc Burney en el 100% y 93,1% respectivamente. En estudios locales Miranda<sup>5</sup> encontró en adultos mayores el signo de Mc Burney en el 85% de los pacientes, A nivel nacional Arcana<sup>6</sup> encontró que el 74,2% de pacientes entre 15 y 60 años presentó el signo del Mc Burney. En nuestro estudio se puede ver que todos los pacientes adultos jóvenes presentaron el signo de Mc Burney a diferencia del adulto mayor que lo presentó en el 93,1%. El segundo signo más frecuente fue Blumberg (48,1%) por grupo etario se presentó en el adulto joven (44%) y en el adulto mayor (58,6%), Resultados similares obtuvo Arcana<sup>6</sup> en un estudio nacional encontró el signo de Blumberg en el 54.2% de los pacientes con edades entre 15 y 60 años. En nuestro estudio se evidencia mayor proporción de reacción peritoneal en el adulto mayor probablemente por el diagnóstico más tardío en esta población. Los vómitos se presentaron en el 30,8%, por grupo etario se manifestó en el 32% del adulto joven y en el 27,5% del adulto mayor, En un estudio nacional Vega obtuvo resultados similares donde el 26,2% de pacientes adultos mayores presentó vómitos. En nuestro trabajo se evidencia mayor porcentaje de vómitos en pacientes adultos jóvenes. Rovsing se presentó en el 28,8% de los pacientes, en el adulto mayor se presentó en el 37,9% y en el adulto joven en el 25,3%, Arcana<sup>6</sup> en un estudio nacional obtuvo que el signo de Rovsing se presentó en el 60,4% de pacientes con grupo etario entre 15 y 60 años. Por último, la fiebre se presentó en el 9,6% de los pacientes, en el adulto joven (8%) y en el adulto mayor (13,6%), al ser un signo infrecuente se presenta mayormente en apendicitis complicadas y estas predominan en el adulto mayor esto concuerda con lo encontrado en nuestro trabajo. La cronología de Murphy se encontró en el 62,9% de los pacientes de estos en el adulto mayor se encontró en el 72,4% y en el adulto joven 68%. Vega<sup>7</sup> encontró resultados similares en su estudio en el cual el 67,9% de pacientes adultos mayores

presentó migración del dolor.

En lo que respecta a hallazgos anatomopatológicos en nuestro estudio encontramos que el hallazgo anatomopatológico más frecuente fue la apendicitis gangrenada(32,7%) seguida de la supurada (27,9%), por grupo etario, en el adulto joven el hallazgo anatomopatológico de apendicitis aguda más frecuente fue la supurada (34,66%) seguida de la apendicitis gangrenada (32%); sin embargo, en el adulto mayor el hallazgo anatomopatológico más frecuente fueron la apendicitis gangrenada y perforada ambos con el 34,48%. Miranda<sup>5</sup> en un estudio local obtuvo resultados similares donde el hallazgo más frecuente de apendicitis en el paciente de tercera edad fue la apendicitis perforada (32%), Vega<sup>7</sup> a nivel nacional obtuvo resultados parecidos a los dos anteriores encontrando en el adulto mayor el apéndice necrosada en el 41% y perforada en el 39,8%. Abdelkarim H Omari, Et<sup>9</sup>. Al a nivel internacional encontró el apéndice perforado en el 41% de los pacientes ancianos de su estudio. Según la literatura en pacientes ancianos las apendicitis complicadas predominan, en nuestro estudio se obtuvo resultados similares predominando en el adulto mayor las apendicitis complicadas.

## CAPÍTULO VII

### 13. CONCLUSIONES:

- ✓ La apendicitis aguda en el adulto joven y en el adulto mayor fue más frecuente en el sexo masculino.
- ✓ La procedencia de pacientes adultos jóvenes y adultos mayores fue en su mayoría de zona urbana.
- ✓ Según el tiempo de enfermedad tanto el adulto mayor como el adulto joven presentaron un tiempo de enfermedad promedio mayor de 24 h.
- ✓ Las comorbilidades se encontraron con mayor frecuencia en el adulto mayor respecto a adulto joven.
- ✓ El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal (97,1%), tanto en el adulto joven (97,3%) como en el adulto mayor (96,5%), seguido de las náuseas en el adulto joven (52%) a diferencia del adulto mayor en el que el segundo síntoma más frecuente fue la hiporexia (48,27%).
- ✓ El signo más frecuente fue el signo de Mc Burney (98,1%) en ambos grupos etarios, presentándose en el adulto joven en todos los pacientes a diferencia del adulto mayor (93,1%), en segundo lugar, el signo de Blumberg (48,1%) presentándose en mayor porcentaje en el adulto mayor (58,6%) a diferencia del adulto joven (44%).
- ✓ La cronología de Murphy se presentó con mayor frecuencia en el adulto mayor (72,4%) respecto al adulto joven (68%).
- ✓ Según los hallazgos anatomopatológicos en el adulto joven el hallazgo anatomopatológico de apendicitis aguda más frecuente fue la supurada (34,66%) seguida de la apendicitis gangrenada (32%); sin embargo, en el adulto mayor el hallazgo anatomopatológico más frecuente fueron la apendicitis gangrenada y perforada ambos con el 34,48%.

#### **14.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

1. Souza LM, Martínez J.” Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico”. [Internet]. Mex Seguro Soc. 2017 [citado el 22 de octubre 2018];55(1): p.76-81.

Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf).

2. Tejada Llacsá PJ, Melgarejo García GC.”Incidencia de apendicitis aguda y su relación con factores ambientales, Perú, 2013”. An Fac med. [Internet]. 2015 [citado el 24 de octubre 2018]; 76(3): p. 253-256. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n3/a05v76n3.pdf>.

3. Marin Leopoldo Herrera Ch, Joff Fraind J, Llamas Prieto LE. “Errores en el diagnóstico de apendicitis aguda en ancianos”. [Internet]. Cir gen. 2016 [citado el 23 de octubre 2018];38(3):p.149-157. Disponible desde: [www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg163e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg163e.pdf).

4. Pinto Pablo G, Pol Herrera P, López Rodríguez P, León González O, Cruz Alonso JR, Satorre Rocha J. “Evaluación posoperatoria de pacientes de la tercera edad con diagnóstico de apendicitis

aguda".[Internet]. Rev cub ciruj. 2014[citado el 23 de octubre 2018];53(3)226-234. Disponible desde:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474932014000300001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932014000300001).

5. Miranda Zelada, JBA."Características clínicas, de laboratorio e imagenológicas de apendicitis aguda en pacientes de la tercera edad en el Hospital Regional de Cajamarca entre enero a diciembre del 2012".Tesis para título de bachiller en medicina.[Tesis en internet]. Cajamarca:Universidad Nacional de Cajamarca; 2012 [Citado el 28 octubre 2018]. Disponible desde: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/211>.

6. Hernán Arcana M."Factores relacionados con la apendicitis aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en emergencia del HNAL un enfoque basado en la evidencia 2003".Tesis para obtener título de especialista en cirugía general.[Tesis en internet]. Lima:Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003 [Citado el 28 octubre 2018]. Disponible desde: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1873/Arcana\\_mh.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1873/Arcana_mh.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

7.- Vega Lavado RA." Apendicitis aguda: Aspectos Clínicos y de laboratorio en adultos mayores, atendido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018".Tesis para optar el título profesional de médico cirujano .[Tesis en internet].Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal;2019 [Citado el 15 de enero del 2020]. Disponible en

:

<https://www.researchgate.net/publication/262711213> Apendicitis aguda en el anciano Aspectos clínicos y de laboratorio.

8.- Morán Narváez LE. “Evolución de apendicitis aguda y pronóstico en pacientes del Hospital “Abel Gilbert Pontón durante el período enero-diciembre de 2014”. . Tesis para título de bachiller en medicina.[Tesis en internet]. Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2014 [Citado el 28 octubre 2018]. Disponible desde:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10803/1/Tesis-Evoluci%C3%B3n%20Apendicitis%20Aguda.pdf>.

9.- Abdelkarim O, Muhammad R, Ghazi R, Ahmad K, Mohammad K, Hammori K.” Acute apendicitis in the elderly: risk factors for perforation”. [Internet].World Journal of Emergency Surgery. 2014.[Citado el 29 de octubre 2018];9(6): p. 1-6. Disponible desde:

<https://wj.es.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-7922-9-6>.

10.- Pérez RI, Leal A, Castellanos JA, Izquierdo FT, Ramos T. “Apendicitis aguda en el adulto mayor, resultados del tratamiento quirúrgico en un Hospital Regional. [Internet]. Rev cub de cirugía.2011. [citado el 22 de octubre 2018]; ;50(3):276-285. Disponible desde: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932011000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300004).

11.- Gamaliel E, Ochoa E, Larracilla I, Rodarte C, Murata C “Concordancia del diagnóstico del Cirujano con el diagnóstico histopatológico en pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda”. [Internet]. Rev. Cirugía y cirujano.2018. [citado el 15

de enero 2020]; 86:534-538. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2018/cc186k.pdf>.

12.- Hernández J, De León JL, Martínez MS, Guzmán JD, Palomeque A, Cruz N, Hernández J. En su trabajo: “Apendicitis aguda: revisión de literatura”. [Internet]. Cirujano general. 2019 [citado el 06 de marzo 2020]; 41(1): p. 33-38. Disponible desde:

-<https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>.

13.- Jorge Fallas Gonzales en su trabajo: “Apendicitis aguda”. [Internet]. Med Legal de Costa Rica. 2012 [citado el 06 de marzo 2020]; 29(1): p.83-90. Disponible desde: - 2.-

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152012000100010](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010).

14.- Garro V, Rojas S, Thuel M. En su trabajo:” Diagnóstico evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias”. [Internet]. Rev. sinergia. 2019 [citado el 06 de marzo 2020]; 4 (12). Disponible desde: -

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>.

**15. CRONOGRAMA, ACTIVIDADES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

**15.1. CRONOGRAMA**

Etapas	Actividades	Persona Responsable	Meses														
			Enero				Febrero				Marzo						
I	Preparación del proyecto	Investigador	X	X	X												
II	Recolección De Datos					X	X										
III	Procesamiento De Datos							X	X								
IV	Análisis De Datos									X	X						
V	Elaboración del informe													X	X	X	

**15.2 RECURSOS DISPONIBLES**

**15.2.1. Recursos Humanos.** - Investigador, asesor.

15.5.2 Historias clínicas de los pacientes en estudio

15.2.3 Personal del servicio de estadística e informática del Hospital EsSalud II Cajamarca.

### **15.3. Recursos Materiales.**

- Fichas de recolección de datos, diseñadas por el investigador.
- Material de escritorio: lápices, lapiceros, resaltadores, cuadernos, hojas, fólderes, impresora
- Pasajes
- Impresiones, procesamiento
- Laptop
- Otros

### **15.4. Infraestructura.**

Hospital EsSalud II Cajamarca

### **15.5. Recursos Mínimos Del Paciente.**

Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda y tratados quirúrgicamente.

### **15.6. Presupuesto**

S/. 1400

### **15.7. Financiamiento**

El trabajo, procesamiento e impresión del documento final será solventado por el autor de la investigación.

## ANEXOS

### ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>					
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>VALORES</b>
<b>HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE LA APENDICITIS AGUDA</b>	Hallazgos encontrados por el patólogo en la muestra(apéndice)	Cualitativa politémica	Nominal	Hallazgo anatomopatológico	1. Congestiva 2. Supurada 3. Gangrenada 4.- Perforada 5.- Normal
<b>VARIABLES DEPENDIENTE</b>					
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>VALORES</b>

P R E S E N T A C I Ò N	<b>Tiempo de enfermedad</b>	Tiempo transcurrido desde que inicia el dolor hasta la llegada al Hospital	Cuantitativa discreta	Ordinal	Horas	a)18-30 b)30-42 c)42-54 d)55 a más
	<b>Hiporexia</b>	Disminución del apetito	Cualitativa dicotómica	Nominal		1.- Si 2.- No
C L Ì N I C A D E L A	<b>Dolor</b>	<b>Tipo</b>	Cualitativa politòmica	Nominal	Tipo de dolor	1.- Cólico 2.- Hincada 3.- Sordo 4.- Difuso 5.- Otro
		<b>Intensidad</b>	Cualitativa politòmica	Ordinal	Grado de intensidad	1.- Leve 2.- Moderado 3.- Severo

A P E N D I C I T I S  A G U D A		<b>Localización</b>	Cualitativa politòmica	Nominal	Zona o localización del dolor	1.- Epigastrio  2.- Fosa Iliaca Derecha  3.Mesogastrio  4.- otros
	<b>Fiebre</b>	Aumento de Temperatura mayor a 37,5 <sup>a</sup> C	Cuantitativa discreta	Ordinal	Grados Centígrados	1.- < 37,5 <sup>a</sup> C  2.- > 37,5 <sup>a</sup> C
	<b>Signo de MC Burney</b>	Dolor en a la presión digital sobre el punto de MC BURNEY ubicado en una línea trazada de Espina Iliaca antero superior y el obliquo, punto ubicado en el 1/3 externo.	Cualitativa dicotómica	Nominal		1. Si 2. No

<b>Signo de Blumberg</b>	Dolor en fosa iliaca derecha a la descompresión brusca, tiene importancia al revelar irritación peritoneal.	Cualitativa dicotómica	Nominal		1.Si 2.No
<b>Vómito</b>	Expulsión de contenido alimentario	Cualitativa dicotómica	Nominal		1.Si 2.No

**VARIABLES INDEPENDIENTES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>VALORES</b>
<b>Edad</b>	<p><b>Adulto mayor:</b> personas con edad mayor a 55 años</p> <p><b>Adulto joven:</b> personas con edades comprendidas entre (18-54 años)</p>	Cuantitativa discreta	Ordinal de intervalo	Años	a)18-54 años b)55 a más

## ANEXO # 2: FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS.

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

#### FACULTAD DE MEDICINA

DATOS DEL PACIENTE	CUADRO CLÍNICO
<b>EDAD:</b>  <b>SEXO:</b>  <b>FECHA DE INGRESO:</b>  <b>PROCEDENCIA:</b>  <b>ZONA:</b> a) RURAL                      b) URBANA <b>COMORBILIDADES:</b> .....	<b>SINTOMAS ACOMPAÑANTES:</b> a) Dolor abdominal. B) Hiporexia    c) nauseas                      d) Otros....  <b>SIGNOS DEL PACIENTE:</b> a) Mc Burney    b) Blumberg C) Fiebre    d) Náuseas    e) Otros....  <div style="text-align: right;"><b>CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR ABDOMINAL:</b></div> <b>-SITUACIÓN DEL DOLOR AL INICIO DE LA ENFERMEDAD:</b> .....  <b>-SITUACIÓN DEL DOLOR AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO:</b> .....  <b>-TIPO DE DOLOR AL INGRESO:</b> .....  <b>-INTENSIDAD DEL 1 AL 10:</b> ..... ..
<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD (EN HORAS)</b>	
A)0-12 H  B)12-24H  C)24-36 H  D)36-72H  E)72H A MÀS	
<b>HALLAZGO INTRAOPERATORIO</b>	<b>HALLAZGO ANATOMMOPATOLOGICO</b>
a) CONGESTIVA  b) SUPURADA  c) GANGRENADA  d) PERFORADA  e) NORMAL  f) OTRAS.....	g) CONGESTIVA  h) SUPURADA  i) GANGRENADA  j) PERFORADA  k) NORMAL  l) OTRAS.....

