

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**RELACIÓN ENTRE LA CLÍNICA Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CON
LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN APENDICITIS AGUDA.
HOSPITAL DE II-2 SANTA ROSA ENERO – DICIEMBRE 2017**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

CARLA STEFFANY CORTEZ CHERRES

ASESOR:

DR. CESAR SANCHEZ TORRES

PIURA – PERU

2018

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

“RELACIÓN ENTRE LA CLÍNICA Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CON
LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN APENDICITIS AGUDA.
HOSPITAL DE II-2 SANTA ROSA ENERO 2017 – ABRIL 2018”

POR:

CARLA STEFFANY CORTEZ CHERRES

Presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego
para optar el título de:

MÉDICO CIRUJANO

:

JURADO CALIFICADOR:

Dr. CARLOS ALBERTO CARRIQUEO
PRESIDENTE (A)

Dr. HANS GARCÍA CHAVEZ
SECRETARIO (A)

Dr. ANA BACA PADILLA
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por la vida, salud y la fortaleza en mi diario caminar.

A mis papás por ser el pilar fundamental en mi vida, por confiar siempre en mí y brindarme las herramientas necesarias para cumplir todas mis metas.

Zoila Cherres y Oscar Cortez

Mis hermanos por alentarme siempre a ser mejor persona.

Arturo y Francesco Cortez

A él, mi compañero de siempre, mi cómplice en la vida.

A mis Tres ángeles en el cielo, que cuidan cada paso que doy y me protegen siempre.

AGRADECIMIENTO

Un profundo reconocimiento:

**A la Universidad Privada Antenor Orrego – filial Piura,
por enriquecer nuestra formación
profesional y personal.**

**Al Dr. Cesar Sánchez mi asesor, por su ayuda, enseñanzas
y tiempo brindado para la realización
de esta investigación.**

**. Al Dr. Milciades Chávez por sus enseñanzas brindadas
en el campo de la cirugía y ser un maestro
y ejemplo para seguir.**

**A los profesionales que tuvieron apertura y disposición en dar el permiso y las
facilidades en el recojo de la información y ejecución
de la investigación en el Hospital II-2
Santa Rosa Piura.**

RESUMEN

Objetivo:

Determinar la relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.

Material y Método:

El presente estudio fue cuantitativo de tipo relacional, transversal con 109 historias clínicas de pacientes intervenidos con apendicitis aguda, mayores de 15 años que cumplieron criterios establecidos de inclusión y exclusión. En primer término, se determinó las características más importantes de la clínica, los exámenes de laboratorio y los hallazgos anatomopatológicos, luego se analizó la asociación entre las variables de estudio, lo que implicó realizar la prueba Chi cuadrado. En forma consecutiva se realizó el análisis de la concordancia entre la clínica, los exámenes de laboratorio y los hallazgos anatomopatológico por el estadígrafo no paramétrico índice kappa de Cohen

Resultados:

Luego del análisis realizado, se encontró mediante la prueba Chi cuadrado, un p valor de 0.000132 con 16 grados de libertad para 109 casos válidos, el p valor encontrado fue menor a $\alpha = 0.05$ por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de la investigadora, con un buen nivel de concordancia de 0.666

Conclusiones:

Existe relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda del servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa, habiendo obtenido un p valor menor a 0.05 para la prueba de asociación Chi cuadrado y un índice de Kappa de Cohen de buena concordancia.

Palabras clave: Clínica, exámenes de laboratorio, Hallazgos anatomopatológicos

ABSTRACT:

Objective:

To determine the relationship between the clinic and the laboratory tests with the anatomopathological findings in acute appendicitis of the Peru-Korea Friendship Hospital II-2 Santa Rosa June – December 2017.

Material and method:

The present study was quantitative of relational, retrospective type with 109 clinical histories of patients operated on with acute appendicitis, older than 15 years who fulfilled established inclusion and exclusion criteria. First, the most important characteristics of the clinic, laboratory tests and anatomopathological findings were determined, then the association between the study variables was analyzed, which involved performing the Chi square test. Consecutive analysis of the concordance between the clinic, the laboratory tests and the anatomopathological findings was performed by the Cohen's kappa nonparametric index statistic

Results:

After the analysis, it was found by the Chi square test, a p value of 0.000132 with 16 degrees of freedom for 109 valid cases, the p value found was less than $\alpha = 0.05$ so the null hypothesis is rejected and the hypothesis of the researcher, with a good concordance level of 0.666

Conclusions:

There is a relationship between the clinical and laboratory tests with the anatomopathological findings in acute appendicitis of the surgery service of the Hospital of Friendship Peru-Korea II-2 Santa Rosa, having obtained a p value less than 0.05 for the Chi square association test and a Cohen Kappa index of good agreement.

Key words: Clinic, laboratory exams, anatomopathological findings

PRESENTACION:

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de Grado y Títulos de la Universidad Particular Antenor Orrego Filial Piura, presento ante ustedes la tesis titulada: "RELACIÓN ENTRE LA CLÍNICA Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CON LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN APENDICITIS AGUDA. HOSPITAL DE II-2 SANTA ROSA ENERO 2017 – ABRIL 2018"; la misma que someto a vuestra consideración y espero cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de Médico Cirujano.

Carla Steffany Cortez Cherres

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
TABLA DEL CONTENIDO	8
CAPITULO I: INTRODUCCION	9
1.1. Antecedentes	11
1.2. Base Teórica Conceptual	17
1.3. Justificación	25
1.4. Problema	26
1.5. Objetivos	26
1.6. Hipótesis	27
CAPITULO II: METODOLOGÍA	28
2.1. Diseño de la investigación	9
2.2. Población, muestra y muestreo	29
2.3. Definición Operacional de Variables	31
2.4. Procedimientos y Técnicas	32
2.5. Plan de Análisis de Datos	32
2.6. Aspectos éticos	33
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	56

I. INTRODUCCION

La apendicitis constituye un proceso inflamatorio agudo iniciado por la obstrucción de la luz apendicular cecal y que, librado a su evolución espontánea, puede originar la perforación con la consiguiente peritonitis. Se estima que 7% de la población la padecerá en algún momento de su vida¹. La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Aunque la apendicitis es una patología frecuente y su variabilidad estacional ha sido reportada en Norteamérica, Europa y África, poco se conoce sobre su epidemiología en el Perú².

La Apendicitis Aguda es un cuadro que constituye la urgencia más frecuente en Cirugía General, y su pronóstico es más favorable cuando se interviene precozmente. Aproximadamente del 7 al 12% de la población desarrollan apendicitis en algún momento de su vida, siendo más frecuente en varones, observándose la incidencia máxima entre los 10 y 30 años¹, pero la incidencia de esta patología se ha ido incrementando con el aumento de la expectativa de vida de la población en general³

Las estadísticas del MINSA en el 2015 refieren que, en el Perú las enfermedades del apéndice constituyen las principales causas de morbilidad de Hospitalización el 3.6%, ocupando así el tercer lugar en este grupo⁴. Sólo en Piura se registraron 3 495 casos de estancia en establecimientos del MINSA en el mismo año, considerándose un nivel alto de incidencia de casos con respecto a todos los departamentos del Perú⁵.

Por lo tanto, se hace necesario conocer los diferentes cuadros de la enfermedad, El diagnóstico de la apendicitis puede ser bastante esquivo, y es muy importante sospechar siempre esta posibilidad para poder prevenir las graves complicaciones de esta patología que conlleva en muchas ocasiones a un incremento en la morbilidad y los días de estancia hospitalaria. En la población peruana el riesgo de padecer apendicitis aguda es del 7 al 12% con una media de edad entre 10 y 30 años. Y ocupa el segundo lugar entre las principales causas de morbilidad en la población, que requieren tratamiento quirúrgico y hospitalización; por ello, la apendicitis aguda es un problema de salud pública importante, llegando a alcanzar 30 000 casos al año⁶.

Beauchamp D., en el tratado de cirugía sobre los fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica afirma que, el diagnóstico oportuno y certero se considera la actuación clínica más significativa para reducir la morbimortalidad y las complicaciones asociadas a esta enfermedad. No obstante, el proceso diagnóstico constituye un desafío de significativa magnitud y exige la pericia de los médicos clínicos responsables de los servicios de emergencia y de los cirujanos⁷.

Se sabe que el diagnóstico definitivo lo da el estudio anatomopatológico, y el reporte patológico es entregado en un tiempo postoperatorio entre dos a tres meses, debido a demanda, poco personal con carga excesiva de trabajo, trámite administrativo, entre otros, tiempo que es mayor al de la estancia hospitalaria postoperatoria que se da en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa. Es así que en la mayoría de los casos el médico cirujano no llega a realizar la contrastación y comparación de la clínica, los exámenes de laboratorio y los hallazgos anatomopatológicos con la correspondiente caracterización del estadio, que es fundamental para ayudar en la evolución hacia la mejora del paciente.

Por tanto, es importante investigar las características más relevantes de la enfermedad y las variantes diagnósticas, la certeza y diagnóstico oportuno, que pueda acercarse de manera contundente al diagnóstico anatomopatológico definitivo, de esa manera se contribuya a disminuir la morbilidad y las complicaciones en los casos.

Por las razones expuestas es que la investigadora se planteó las interrogantes, ¿Qué síntoma, pruebas físicas, exámenes de laboratorio pueden dar un diagnóstico más eficiente?, ¿la clínica se acerca a los resultados de los hallazgos anatomopatológicos? y la pregunta investigativa: ¿Existe relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, área de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017?

1.1. Antecedentes

En este estudio se realizó la revisión pertinente de la bibliografía y los estudios antecedentes que ayudaron a dar mejor visión en la investigación tanto en el ámbito internacional, nacional y local:

Alarcón E., y Bustamante K., en su trabajo titulado correlación entre diagnóstico clínico y laboratorio de apendicitis aguda frente a los hallazgos anatomopatológicos en pacientes hospitalizados en el área de cirugía del Hospital IESS de Manta – Ecuador, planteó como objetivo, Identificar el diagnóstico Clínico y de Laboratorio de Apendicitis Aguda frente a los hallazgos anatomo-patológicos para establecer su correlación contribuyendo al diagnóstico oportuno de dicha patología. Realizó una investigación descriptiva, experimental y transversal mediante las historias clínicas, se pudo escoger a un grupo de 315 pacientes diagnosticados de Apendicitis Aguda en los 10 meses de estudio donde se analizó y correlacionó los diagnósticos tanto clínicos como los de laboratorio y los resultados anatomopatológicos⁸.

Así se pudo encontrar en los hallazgos anatomo-patológicos Apéndice Normal (Blanco) con y sin presencia de leucocitos, se pudo observar más casos de Apendicitis en el sexo masculino que en el femenino, con mayor frecuencia apendicitis grado II es decir una Apéndice Flemonosa. Concluyó que, existen más casos de apendicitis aguda en el sexo masculino en un rango de edades entre 17 y 29 años, se pudo observar en el transcurso de este estudio que si existieron casos de apéndice normal en un mínimo porcentaje gracias a que se realiza un buen examen físico y datos de laboratorio que ayudan a corroborar el diagnóstico⁸. Encontró correlación entre diagnóstico clínico y laboratorio de apendicitis aguda frente a los hallazgos anatomopatológicos en pacientes, mediante la prueba chi cuadrado con p valor 0.0000142 menor a 0.5 de significancia

Riofrío M., en su investigación denominada, correlación entre diagnóstico clínico y laboratorio de apendicitis aguda frente a los hallazgos anatomopatológicos en pacientes hospitalizados en el área de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro realizada en Ambato – Ecuador; planteó como objetivo, Determinar la relación entre el diagnóstico Clínico y de Laboratorio de Apendicitis Aguda frente

a los hallazgos anatomopatológicos. En este estudio se utilizó una investigación descriptiva, experimental y transversal con las historias de 100 pacientes diagnosticados de Apendicitis Aguda en los 10 meses de estudio⁹.

Los resultados a los que arribó fueron que, el 50% de los pacientes con una apéndice Normal diagnosticada por los hallazgos anatomopatológicos presentaron leucocitosis mientras que la otra mitad es decir el otro 50 % no presento leucocitosis, en este tipo de apéndice hay un error bajo en el diagnostico pero puede ser por falta de datos clínicos o de laboratorio y por falta de realizar un diagnóstico diferencial; para que haya un mínimo error hay que enfocarse más en otras enfermedades que pueden estar haciendo suponer una apendicitis. Llegando a concluir que existieron casos de apéndice normal esto puede deberse a un pobre examen físico y datos de laboratorio erróneos por lo que se debería implementar un mejor equipo diagnóstico y ampliar nuestro examen físico al momento de revisar al paciente⁹.

Se encontró una correlación en el diagnóstico de laboratorio con la apendicitis perforada ya que más del 90% de los pacientes con apéndice grado IV presentó leucocitosis, pero en los hallazgos anatomopatológicos se pudo observar que en muchos casos se encontró leucocitosis y un apéndice grado I y en otros grados IV es decir no existe una certera relación en los diagnósticos clínicos, de laboratorio con los anatomopatológicos.

En el ámbito nacional se realizó la revisión bibliográfica teniendo en cuenta la concordancia de las variables y el objeto de estudio, todo ello para conocer la realidad nacional respecto al tema en estudio; con lo cual se puede citar:

Advíncula M., en su estudio de la correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, planteó el objetivo de determinar la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú 2015. Fue un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron reportes operatorios y reportes anatomopatológicos de pacientes ≥ 14 años intervenidos quirúrgicamente entre octubre 2014 – septiembre 2015. Se utilizó estadística descriptiva para la demografía y estadística no paramétrica (índice kappa) para analizar la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico¹⁰.

Se estudiaron 361 pacientes de los cuales 197 pertenecieron al sexo masculino y 164 al sexo femenino, con una proporción hombre/mujer de 1.2/1. El promedio de edad fue de 39 años. El estadio postoperatorio más frecuente de presentación de apendicitis aguda fue el tipo gangrenoso (129). El estadio histopatológico más frecuente fue el tipo perforado (140). Se obtuvo una buena concordancia entre los 2 observadores con un índice de kappa 0,694 al categorizar en apendicitis agudas no complicadas y complicadas. Se obtuvo una moderada concordancia entre los 2 observadores con un índice de kappa 0,556 al categorizar congestivas, flemonosas, gangrenosas y perforadas. Concluyendo que la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico fue adecuada. Los cirujanos tuvieron adecuada capacidad para determinar el estadio de apendicitis aguda. La proporción de apendicectomías negativas fue nula¹⁰.

Vargas H. investigó la correlación entre diagnóstico preoperatorio, y anatomopatológico de apendicitis aguda en pacientes del Hospital Regional Ayacucho. El estudio fue de diseño, analítico, retrospectivo de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los pacientes mayores de 14 años y menores de 60 años intervenidos quirúrgicamente. Se estudiaron 116 casos de apendicitis aguda, de los cuales (106) fueron confirmados como AA con diagnóstico anatomopatológico, y 8.62 (10) no eran AA. El género más frecuente fue el género masculino con 55.17%(64) casos y en el género femenino 44.83% (53) casos. La AAC fue el diagnóstico preoperatorio más frecuente teniendo mayor asociación con el diagnóstico anatomopatológico, de las cuales la apendicitis aguda gangrenada fue mayormente encontrada¹¹.

Se encontró un 8.62%(10) casos de apéndice sin signos inflamatorios entre ellos se encontró un 5.17%(6) de apendicitis negativas un 2.59% (3) de tumor carcinoide de apéndice u un 0.86% (1) caso de apéndice atrófico. Concluyó que, no existe correlación entre el diagnóstico preoperatorio y el diagnóstico anatomopatológico de apendicitis aguda (Chi cuadrado: 2.353402 y con un nivel de significancia de del 0.05). Sin embargo, existe asociación entre el diagnóstico preoperatorio sin estadaje y el resultado definitivo de la apendicitis aguda¹¹.

Ramírez P., investigó la correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en el Hospital San Juan De Lurigancho Lima – Perú 2014; con el objetivo de determinar la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de la apendicitis aguda. Fue un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal; estadística no paramétrica (índice kappa) para analizar la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico. Los resultados indicaron que, el diagnóstico de apendicitis aguda se realizó en un 98.2% y 97.8% por los cirujanos y los patólogos respectivamente, con un índice kappa de 0,49¹².

Los cirujanos solo diagnosticaron como tales el 46% de los apéndices sin signos inflamatorios confirmados por patología. Al categorizar las apendicitis agudas en congestivas, flemonosas, gangrenosas y perforadas se obtuvo el índice kappa de 0.2852. Se encontró un 2.2% de apendicectomías negativas. Concluyó que, la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico no fue adecuada. Los cirujanos poseen inadecuada capacidad para determinar el estadio de apendicitis aguda. La proporción de apendicectomías negativas fue baja¹².

Bustos L., realizó la investigación correlación entre el diagnóstico clínico-laboratorial frente al intraoperatorio y anatomopatológico en pacientes operados con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital I Edmundo Escobel - Essalud Arequipa 2014. Ejecutó la revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico clínico de Apendicitis Aguda, intervenidos quirúrgicamente y con estudio anatomopatológico. Se encontraron 620 casos con diagnóstico de Apendicitis Aguda, de los cuales 582 cumplieron los criterios de selección en el periodo de 2 años de estudio; 57.56% fueron varones y 42.44% mujeres; el 26.29% de casos tuvieron edades entre 31 y 40 año. El dolor abdominal estuvo presente en todos los casos, seguido de anorexia/hiporexia en 49.48%, cronología de Murphy en 49.31%, náuseas y vómitos en 46.91% como lo más frecuentes. El signo de Mc Burney estuvo presente en casi todos los pacientes (99.31%), seguido de Blumberg con 86.08%¹³.

El 59% de pacientes tuvo temperaturas por encima de 37.3 °C. El 84.19% de pacientes tuvo leucocitosis. El tiempo de evolución de enfermedad fue en promedio 35.50 horas. El diagnóstico clínico de apendicitis no complicada fue el más frecuente (78.69%). El hallazgo operatorio fue el de cuadro no complicado en 48.97% y complicado en 48.11%; se identificaron 2.92% de apéndices normales;

el tipo de apendicitis más frecuente fue supurada (39.52%). El estudio anatomopatológico mostro que 3.26% de casos no tenían Apendicitis Aguda; el 62.71% de casos fueron no complicados y 34.03% complicados; el tipo de apéndice más frecuente fue supurada en 46.56%. La complicación más frecuente fue la infección de herida operatoria, la cual se presentó en 71 casos (12.2%). La correlación entre el diagnóstico clínico e intraoperatorio de Apendicitis Aguda es moderada, entre la clínica y anatomía patológica es baja con un Kappa de 0.59. La correlación entre los 3 tipos de diagnóstico es moderada¹³.

Además, en el ámbito local Medina O., realizó la investigación titulada, Factores Asociados a la apendicitis aguda complicada en el hospital de apoyo II-2 Sullana – Piura enero – diciembre 2014. Con el objetivo de Determinar los factores clínico-epidemiológicos y características hematológicas asociadas a la Apendicitis aguda complicada en el Hospital de Apoyo 11-2 Sullana- Piura; el estudio fue descriptivo de tipo transversal y retrospectivo. La muestra fue de 227 pacientes¹⁴.

Arribó a las siguientes conclusiones, La apendicitis gangrenada es la complicación más frecuente de la apendicitis aguda complicada (50%.); El grado de instrucción superior y recibir sólo antibiótico previo al ingreso al hospital aumenta la probabilidad de presentar peritonitis localizada en 50% y 33% respectivamente; La taquipnea mayor de 25 respiraciones por minuto aumenta la probabilidad de presentar peritonitis generalizada entre 25-33%¹⁴.

Más 14% o de 900 neutrófilos bastonados /mm³ en el hemograma aumenta la probabilidad de presentar apendicitis perforada (33% y 27%, respectivamente), y peritonitis generalizada (33% y 23 respectivamente); mientras que un índice 1/T mayor a 0.16 aumenta la probabilidad de presentar peritonitis generalizada en 25-40%. Un tiempo de enfermedad mayor de 4 días aumenta la probabilidad de peritonitis generalizada y absceso apendicular en un 30% cada uno, alejando la probabilidad de apendicitis gangrenada a un 5%¹⁴.

1.2. Base Teórica Conceptual

El apéndice es un órgano pequeño, de forma tubular, unido a la primera parte del intestino grueso. Está ubicada en la parte inferior derecha del abdomen y no tiene ninguna función conocida. La apendicitis es causada por una obstrucción de la luz apendicular. Esta obstrucción provoca un aumento de la presión intraapendicular, con una posterior alteración en el flujo sanguíneo e inflamación. Si la obstrucción no es tratada, el proceso fisiopatológico continuará y el apéndice puede perforarse y diseminar la infección hacia el abdomen, ocasionando una peritonitis¹⁵.

La apendicitis es una inflamación del proceso apendicular ubicado en el ciego, que produce dolor abdominal en fosa iliaca derecha y es de tratamiento quirúrgico eminente. El apéndice se forma en el feto a la 8va semana de gestación; como una protuberancia de la porción proximal del ciego. Durante el desarrollo el ciego aumenta de tamaño más rápido que el apéndice, pero su relación permanece constante. Es un órgano inmunitario, que participa en la secreción de inmunoglobulinas, pero su función no es esencial por lo que su extirpación no produce ninguna alteración en la inmunidad¹⁵.

Los síntomas de la apendicitis generalmente comienzan con falta de apetito y después náuseas. Algunas personas incluso tienen vómitos. Puede presentarse dolor en el medio del abdomen y después trasladarse a la parte inferior derecha. Le dolerá si presiona en la parte inferior derecha del abdomen. Las personas con apendicitis generalmente también tienen fiebre. Si cree que tiene apendicitis, debería buscar atención médica.

El mecanismo patogénico fundamental es la obstrucción de la luz apendicular. Su causa más frecuente es la hiperplasia de los folículos linfoides submucosos. Existe un paralelismo entre la cantidad de tejido linfático en el apéndice y la frecuencia de la apendicitis aguda, con un pico máximo en la adolescencia. En el adulto, el agente obstructor más habitual son las concreciones fecales (fecalitos)¹⁵.

Otras causas más raras son: parásitos (oxiuros, áscaris), cuerpos extraños, restos de alimentos, fibras vegetales, semillas de frutas, restos de bario de estudios radiológicos previos, bridas estenosantes o acodaduras y tumores, que en su crecimiento obstruyen la luz apendicular (tumor carcinoide) o su base (carcinoma de ciego)¹⁵.

Presumiblemente la baja ingesta de fibra en la dieta en los países desarrollados predispone a la producción de heces duras, lo cual ocasiona una mayor presión intracólica con formación de fecalitos incrementada, con un riesgo mayor de la obstrucción de la luz apendicular¹⁵.

La obstrucción luminal proximal por diversos factores provoca el aumento de la presión intra apendicular, pues la producción de moco es constante y la capacidad intraapendicular es apenas 0.1 ml. Es así que, la presión intraluminal puede elevarse hasta alcanzar rápidamente los 50-65 mmHg. Cuando la presión es de 85 mmHg o mayor, la presión venosa es excedida y el desarrollo de isquemia de la mucosa es inevitable. Luego la trombosis de las vénulas que drenan el apéndice está presente, llamada fase I de la apendicitis en la cual se encuentra edematosa e hiperhémica. Es así que la distensión del apéndice estimula terminaciones nerviosas de fibras viscerales aferentes de estiramiento y causa dolor sordo, vago y difuso en abdomen medio o epigastrio¹⁶.

Asimismo, se estimula el peristaltismo por la distensión tan súbita, con la posibilidad de que al inicio puedan superponerse algunos cólicos al dolor visceral. La distensión aumenta rápidamente por la acelerada reproducción bacteriana residente en el apéndice sumado a la continua secreción mucosa, lo que distiende aún más la luz apendicular donde se excede la presión venosa y linfática, ocluyendo capilares y venas, sin embargo el flujo arteriolar permanece constante llevando a una congestión vascular causando obstrucción venosa, aumento del edema, isquemia y diseminación bacteriana a través de la pared apendicular, con lo que sobreviene la apendicitis aguda supurativa que involucra la serosa del apéndice y el peritoneo parietal de la región, lo cual provoca la migración del dolor hacia el cuadrante inferior derecho¹¹.

La mucosa del tracto digestivo, incluido el apéndice, es susceptible a un deterioro del riego, lo que promueve una invasión bacteriana. Con la disminución en el flujo sanguíneo, se desarrollan infartos elipsoidales en el borde antimesentérico y perforación con la posterior formación de un absceso localizado o fase III de la apendicitis. Si en su defecto no se forma el absceso y en cambio se presenta dispersión de pus se estará hablando de la fase IV de la apendicitis o peritonitis generalizada. Por lo general la perforación ocurre en un punto distal a la obstrucción¹⁷.

Cuadro clínico

Los síntomas típicos de la apendicitis aguda son dolor abdominal, vómitos, anorexia y fiebre. El dolor abdominal suele ser el primer síntoma que aparece, aunque en ocasiones puede estar precedido de los vómitos y la fiebre, es un dolor de carácter continuo, aunque en ocasiones puede

ser de tipo cólico. En la mayoría de los casos inicia a nivel per umbilical y después se localiza en fosa ilíaca derecha. Inicialmente, no suele ser intenso, es continuo y de curso progresivo. Hasta en 1/3 de los casos el inicio es en FID (Fosa Iliaca Derecha), y en un 15% puede ser un dolor abdominal generalizado sin localizar en FID, y en un 15% puede ser un dolor abdominal generalizado sin localizar en FID. El dolor aumenta con los movimientos, la tos y al saltar. Vómitos y anorexia típicamente aparecen después de comenzar el dolor abdominal, aunque hasta en un 20% pueden aparecer antes o al mismo tiempo. No suelen ser en gran número y en ocasiones pueden estar ausentes¹⁸.

La fiebre al comienzo del cuadro (sobre todo las primeras 24 horas) consiste en febrícula. La fiebre elevada nos hace sospechar en la posibilidad de perforación o complicación. Otros síntomas que también podemos encontrarnos son la diarrea (9-16%), estreñimiento (5-28%) y disuria (10%)¹⁸.

Con el pasar del tiempo y empeoramiento del cuadro, se produce irritación del peritoneo parietal, estimulando fibras nerviosas somáticas que hacen que el dolor se localice en la fosa iliaca derecha; todo este cuadro progresivo se desarrolla en un período promedio de 24 horas, pero en un porcentaje de pacientes puede ser en menos tiempo¹⁸.

En cuanto al examen físico completo se registra la temperatura y realizar una exploración física completa. A la inspección el paciente se deberá encontrar inmóvil, con las piernas flexionadas. Al andar lo hacen despacio e inclinados hacia el lado derecho. En cuanto a la auscultación no es de gran utilidad ya que podemos encontrar ruidos intestinales normales, aumentados o disminuidos. La palpación puede encontrarse alterada al encontrar defensa involuntaria generalizada, aunque ésta es más probable en los casos avanzados. En los menos avanzados habrá dolor localizado en FIC, dolor de rebote y dolor al percutir en esa zona. Otros signos: Signo del psoas: dolor al flexionar o estirar la pierna derecha. Signo del obturador: dolor con la flexión y rotación interna del muslo derecho (en los apéndices pélvicos que se apoyan sobre el músculo obturador). Signo de Rovsing: dolor en FID al palpar en FII¹⁹.

Hemograma: Suele verse leucocitosis con desviación a la izquierda. Gibson positivo aumento de las series inmaduras de células blancas (neutrófilos). El hemograma es una prueba que tiene valor interpretando los resultados junto a la historia clínica y la exploración física. Podemos encontrar leucocitosis en otros procesos que simulan a la Apendicitis Aguda (gastroenteritis, adenitis mesentérica, infección urinaria, etc.). Con un hemograma normal disminuyen la posibilidad de tener una Apendicitis aguda, pero no la descarta y en presencia de leucocitosis sin una clínica e historia típica de Apendicitis aguda debemos valorar la posibilidad de otra patología¹⁹.

En el año de 2002, Thompson M, en su trabajo Role of sequential leucocyte counts and CReactive protein measurements in acute appendicitis; publicó en la revista Británica de Cirugía, que el recuento seriado de leucocitos en apendicitis aguda tiene una sensibilidad hasta del 92%, y para las concentraciones de PCR 69%. La sensibilidad y especificidad de los recuentos de leucocitos totales en serie cumplen los criterios para una prueba diagnóstica y sugieren que, en pacientes con dudosos resultados clínicos, la observación clínica combinada con la serie de recuentos de leucocitos puede mejorar la toma de decisiones²⁰.

Así también el examen físico debe comprender todo el cuerpo para tratar de descartar cualquier otra patología que nos pueda hacer confundir con Apendicitis Aguda²¹.

Los signos típicos de Apendicitis Aguda son el dolor a la palpación y descompresión y contractura muscular sobre FID.

- Signo de McBurney: dolor a la palpación en un punto que se ubica en una línea imaginaria que une la espina ilíaca anterosuperior y el ombligo, y que corresponde a la unión de los 2/3 internos con el 1/3 externo (punto de McBurney)^{22,23}.

- Signo de Blumberg: dolor al retirar en forma brusca la mano después de una palpación profunda y sostenida en el punto de McBurney; está en el 80% de casos. La contractura muscular a la palpación sobre FID es proporcional a la severidad del proceso inflamatorio. Las variaciones en la posición del apéndice modifican los signos físicos típicos^{22,23}
- Signo de Rovsing: se despierta dolor en FID al presionar la fosa iliaca izquierda (FIL) y flanco izquierdo, tratando de comprimir el sigmoidees y colon izquierdo para provocar distensión del ciego y comprensión indirecta del apéndice^{22,23}.
- Signos del Psoas: se provoca mediante resistencia a una flexión activa o extensión pasiva del miembro inferior derecho; es sugestivo de un apéndice retrocecal^{22,23}.
- Signo del Obturador: se produce cuando el apéndice está en contacto con el músculo obturador interno; es positivo si el paciente refiere dolor en el hipogastrio durante el estiramiento del músculo; es sugestivo de un apéndice de localización pélvica^{22,23}.
- Signo de Gueneau de Mussy: dolor a la descompresión en cualquier parte del abdomen; es un signo tardío de apendicitis compatible con peritonitis²⁴.
- Hiperestesia cutánea de Sherrren: hipersensibilidad superficial en FID^{22,23}.
- Signo de La Roque: ascenso del testículo a la presión en punto de McBurney^{22,23}.
- Signo de Infante Díaz: dolor abdominal al dejar caerse sobre los talones^{22,23}.

Escala de Alvarado

La probabilidad del diagnóstico correcto de apendicitis se incrementa cuando se hace hincapié en las manifestaciones clínicas específicas, las cuales se resumen en una escala de puntuación denominada la Escala de Alvarado¹⁵.

Un valor acumulado de 7 o más puntos es altamente sugestivo de una apendicitis. Cuando el puntaje no pasa de 5-6 puntos, se recomienda mantener al paciente en observación y repetir hemograma en 6 horas para reducir la probabilidad de falsos negativos descubiertos durante la Apendectomía^{15,20}.

Puntuación de ALVARADO para el diagnóstico de Apendicitis Aguda

Migración Del Dolor	1 Punto
Anorexia	1 Punto
Nausea / Vomito	1 Punto
Dolor en el C.I.D.	2 Puntos
Dolor Al Rebote	1 Punto
Fiebre	2 Puntos
Leucocitosis (>10.000)	1 Punto
Desviación Izquierda (>75%)	1 Punto

5 - 6 Puntos Diagnósticos compatibles con Apendicitis

6 - 7 Puntos Diagnósticos probables de Apendicitis

8 - 9 Puntos Diagnósticos muy probables de Apendicitis

De allí las diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que se encuentran dependerán fundamentalmente del momento o fase de la enfermedad en que es evaluado el paciente, así se consideran los siguientes estadios^{23,24}

Apendicitis Congestiva o Catarral

Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular, se acumula la secreción mucosa y el apéndice se distiende. El aumento de la presión intraluminal produce, inicialmente, una obstrucción venosa, hay acúmulo bacteriano y reacción del tejido linfóide, que produce un exudado plasmoleucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. Todo esto, macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa, de allí el nombre que recibe.

Apendicitis Flemonosa o Supurada

La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida, siendo invadida por las bacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento e infiltrándose de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas, incluyendo la

serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrino-purulento en su superficie; si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, puede producirse difusión de ese contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre.

Apendicitis Gangrenosa o Necrosada

Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega el mayor sobrecrecimiento bacteriano anaeróbico, todo eso sumado a la obstrucción del flujo sanguíneo arterial, llevan finalmente al órgano a una necrosis total. La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con micro perforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuemente purulento, con olor fecaloideo

Apendicitis Perforada

Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, en este momento estamos ante la perforación del apéndice.

Toda esta secuencia debería provocar siempre peritonitis generalizada, y ésta, dejada a su libre evolución, produciría sepsis y muerte. Sin embargo, en muchos casos, el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplón y de las asas intestinales adyacentes, que producen un bloqueo del proceso, que puede llevar a la peritonitis localizada, al absceso apendicular o dar lugar al llamado plastrón apendicular^{23,24}.

1.3. Justificación

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía abdominal de urgencia. Constituye un 75% de las urgencias por dolor abdominal, según lo manifiestan las estadísticas del Ministerio de Salud en el Perú^{4,5}; y en muchos casos a pesar de una correcta anamnesis y exploración, en el 20-30% de los pacientes no es posible confirmar o descartar con razonable seguridad la presencia o ausencia de esta patología⁹, todo ello recae en un dilema para el paciente, puesto que éste síntoma característico debe tomarse muy en serio; ya que la ruptura del apéndice, podría infectar la membrana peritoneal que cubre la cavidad abdominal.

Puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima se presenta con mayor frecuencia en las personas entre veinte y treinta años, en el que, exceptuando las hernias estrangulares, es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso y súbito de cirugía abdominal de urgencias¹⁰.

Su importancia cara al coste económico de los sistemas de salud también es muy relevante, si consideramos la estancia hospitalaria de estos casos, que tiene una alta repercusión tanto a nivel personal, familiar como económico se justifica el estudio a fin de determinar la relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, Servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa

De esa manera tener herramientas para posteriores estudios a fin de realizar un análisis exhaustivo, de los resultados y tomar medidas de mejora en el diagnóstico, monitoreo, evolución y resultado en los pacientes que acuden con el cuadro de apendicitis.

1.4. Problema

¿Existe relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, área de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017?

1.5. Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.

Objetivos Específicos

- Determinar los signos y síntomas más frecuentes presentados en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Determinar los hallazgos en hemograma, como nivel de leucocitosis, Neutrofilia y desviación izquierda, presentados en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Determinar los hallazgos anatomopatológicos más frecuentes presentados en el informe emitido por el departamento de patología del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Determinar el sexo y el grupo de edad más frecuente en la que se presenta la apendicitis aguda, en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.

1.6. Hipótesis

Hipótesis General

H_1 : Existe relación significativa entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, área de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa.

Hipótesis Nula

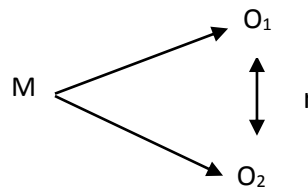
H_0 : No existe relación significativa entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, área de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa.

II. METODOLOGÍA

2.1. Diseño del estudio

Este estudio permitió estudiar las variables en su esencia real. Así se Determinó la relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, área de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa

El estudio fue Cuantitativo, porque fue un proceso empírico y sistemático que generó Información numérica para el análisis estadístico, así también permitió descubrir la relación estadística entre las variables de estudio. Además, fue de tipo observacional, y transversal; y por el propósito estadístico se trató un estudio de asociación o relación²⁵.



Donde:

M = Historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Apendicitis Aguda que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital.

O1 = Variable A Independiente: Clínica y pruebas de laboratorio de los pacientes

O2 = Variable B Dependiente: Hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda

r = Relación entre variables

2.2. Población, muestra y muestreo

La información fue obtenida a partir de las historias clínicas cuyos datos se recabaron en la ficha pertinente de recojo de datos; La población de estudio para la recolección de datos fue conformada por todos los pacientes mayores de 15

años del Hospital quienes ingresaron con el diagnóstico de apendicitis aguda y fueron intervenidos quirúrgicamente, durante el periodo Enero - Diciembre 2017.

La muestra estuvo comprendida por la población que cumplió con los criterios de inclusión. La unidad de estudio fueron los pacientes atendidos en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa, atendidos quirúrgicamente y que contaron con informe anatomopatológico en los meses señalados para el recojo de los datos en la fase respectiva.

Es importante señalar que se encontraron 633 historias provenientes de casos de apendicectomías, 477 cumplieron el criterio de inclusión por rango de edad, en tanto otro grupo tenía historias incompletas respecto a los resultados anatomopatológicos, tomándose finalmente 109 historias que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, de las cuales 44 pertenecían a pacientes mujeres y 65 a varones

Criterios de Inclusión

- Pacientes de 15 años a más de ambos sexos, con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, en quienes se realizó apendicetomía, en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Historia clínica que tenga registro completo de signos y síntomas presentados en los pacientes con apendicitis aguda, en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Historia clínica que tenga registro de hemograma preoperatorio en los pacientes con apendicitis aguda, en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Historia clínica que tenga resultado anatomo patológico de los pacientes con apendicitis aguda, en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.

Criterios de exclusión

- Pacientes menor de 15 años, con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, en quienes se realizó apendicetomía, en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Historia clínica que no tenga registro completo de signos y síntomas presentados en los pacientes con apendicitis aguda, en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Historia clínica que no tenga registro de hemograma preoperatorio en los pacientes con apendicitis aguda, en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.
- Historia clínica que no tenga resultado anatomo patológico de los pacientes con apendicitis aguda, en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017.

2.3. Definición Operacional de Variables:

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Variable independiente: Clínica y pruebas de laboratorio	Proceso indagatorio orientado al diagnóstico de una situación patológica que se basa en la interpretación de los síntomas y datos aportados por la anamnesis durante la entrevista clínica con el paciente, los signos de la exploración física y la ayuda de exploraciones complementarias de laboratorio. Es decir, es el diagnóstico realizado al paciente a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos en la exploración física.	Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor Abdominal - Náusea - Vómito - Fiebre - Pérdida de apetito - Síntomas < 48 horas - Síntomas > 48 horas 	Guía de Recolección de Datos
		Examen Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Signo de Blumberg - Punto de Mc Burney - Signo de Rovsing - Fiebre > 38°C 	
		Pruebas de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Leucocitosis - Neutrofilia - Desviación izquierda 	
Variable dependiente: Hallazgos anatomopatológicos	Son los resultados referentes a las alteraciones anatómicas del apéndice a nivel macroscópico y microscópico, luego de la exploración de la pieza operatoria.	Estadíos apendiculares	<ul style="list-style-type: none"> - Apéndice normal - Apéndice catarral, edematosa o congestiva - Apéndice flegmonosa o supurativa - Apéndice gangrenosa o necrótica - Apéndice Perforada 	

Definición Operacional

La investigadora define los siguientes conceptos operacionalmente como sigue:

- **Clínica:** Es el cuadro de síntomas de apendicitis que inicia con dolor abdominal agudo, tipo cólico, pérdida de apetito, fiebre, con incremento rápido de intensidad, antes de 24 horas migra a cuadrante inferior derecho (CID), después del inicio del dolor puede existir náusea y vómitos no muy numerosos (generalmente en 2 ocasiones).
- **Examen físico:** Es la exploración física al paciente donde se encuentran datos de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho (CID), signo de McBurney, signo de Rovsing, entre otros
- **Pruebas de laboratorio:** son exámenes de muestras de sangre que evidencian presencia, aumento o disminución factores determinantes de problemas de salud como leucocitos, neutrófilos etc., usan un rango de valores
- **Leucocitosis:** Es el número de leucocitos en sangre mayor a 10 500 células en el resultado de hemograma.
- **Neutrofilia** Presencia de leucocitos neutrófilos en sangre por encima de 75% del valor obtenido.
- **Desviación Izquierda:** Se da cuando el número de células inmaduras es inferior a las maduras, donde la médula tiene el tiempo suficiente para producir el número de células necesarias para cubrir las demandas tisulares de neutrófilos.
- **Hallazgos anatomopatológicos:** son las observaciones encontradas resultados del análisis microscópico de los tejidos de la pieza extraída.

2.4. Procedimientos y Técnicas:

Los datos se tomaron de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda que fueron intervenidos quirúrgicamente en el período correspondiente. Se tomarán datos de reportes anatomopatológicos de los especímenes de apendicetomía. Para un mejor orden en la obtención de los datos se utilizó una ficha de recolección diseñada para los fines de investigación (Anexo 1).

Una vez recolectada la información, previo a haber solicitado el permiso respectivo al director del hospital en cuestión y con el permiso del médico jefe del servicio de cirugía, los datos fueron llenados en el marco de las fechas indicadas en el cronograma, usando el programa estadístico Excel 2013.

Es importante indicar que los datos fueron recogidos, organizándose la investigadora para que no se interrumpa el horario de trabajo. Estableciendo momentos en forma diaria.

2.5. Plan de Análisis de Datos:

El análisis estadístico fue relacional, se obtuvo medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes, media; se construyó tablas, gráficos circulares y de barras. En primer término, se analizó la asociación entre las variables de estudio, lo que implicó realizar la prueba Chi cuadrado.

El análisis de la concordancia entre la clínica, los exámenes de laboratorio y los hallazgos anatomopatológico se realizó por el estadígrafo no paramétrico índice kappa de Cohen, que va de -1 (discordancia total) a 1 (concordancia total). El índice kappa mide el grado de acuerdo inter observador para variables categóricas.

Valor de kappa	Fuerza de Concordancia
<0	Pobre
0 – 0.2	Leve
0.21 – 0.4	Baja
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
>0.81	Casi perfecta

La significación de Chi-cuadrado (p) es una medida más exacta que el propio valor de Chi y por ello emplearemos mejor este dato para comprobar si el resultado es significativo o no.

- Si $p < 0,05$ el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.
- Si $p > 0,05$ el resultado no es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas. Esto significa que existe más de un 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población y lo consideramos suficiente para aceptar.

El valor de 0,05 es un valor establecido de acuerdo con el nivel de confianza del 95%. Así pues, se procedió a determinar el grado de concordancia entre las variables mediante el índice Kappa de Cohen

2.6. Aspectos Éticos:

En este estudio, se hizo uso de las historias clínicas seleccionadas para la muestra, por lo que no fue necesario el consentimiento informado del paciente; Sin embargo, se solicitó los permisos correspondientes al director del Hospital en cuestión y al jefe del servicio de Hospitalización para el acceso a la información necesaria para la investigación.

En el estudio se respetó el derecho a la privacidad puesto que la información contenida durante el curso del estudio fue mantenida en la más estricta confidencialidad. Así mismo se mantiene en estricta reserva los nombres de los pacientes y la información que se encontró en el contenido de la historia clínica para garantizar la confidencialidad.

Así mismo la investigación fue neutral en cuanto la información recolectada no fue alterada ni modificada, los resultados se obtuvieron a partir del análisis estadístico de los datos y contrastados con los antecedentes y bibliografía actualizada, manifestando en todo momento la objetividad.

CAPITULO III:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

OBJETIVO N°1

Tabla N°1: Signos y síntomas más frecuentes en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017

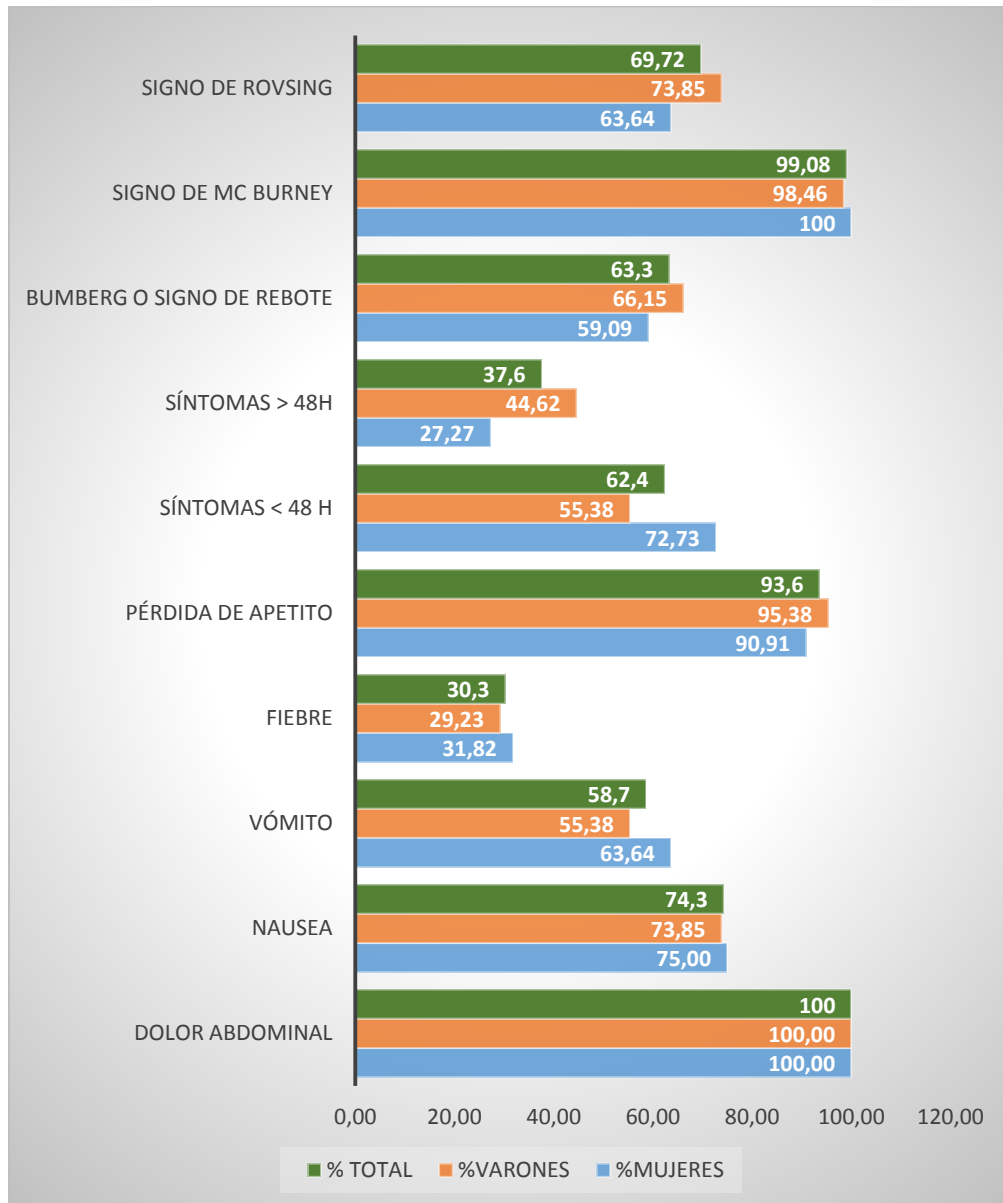
	Femenino	F % (sobre total de mujeres)	Masculino	M % (sobre total de varones)	Total	% (Sobre total de la muestra)
Dolor Abdominal	44	100.00	65	100.00	109	100
Nausea	33	75.00	48	73.85	81	74.3
Vómito	28	63.64	36	55.38	64	58.7
Fiebre	14	31.82	19	29.23	33	30.3
Pérdida de Apetito	40	90.91	62	95.38	102	93.6
Síntomas < 48 H	32	72.73	36	55.38	68	62.4
Síntomas > 48h	12	27.27	29	44.62	41	37.6
Blumberg o Signo de Rebote	26	59.09	43	66.15	69	63.30
Signo de Mc Burney	44	100.00	64	98.46	108	99.08
Signo de Rovsing	28	63.64	48	73.85	76	69.72

Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Se obtuvo una muestra de 109 historias clínicas seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión; 40.4% de mujeres y 59.6% Varones

Con respecto al primer objetivo específico de determinar los signos y síntomas más frecuentes presentados en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017, se presenta la tabla N°1

Gráfico N°1: Signos y síntomas más frecuentes en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017



Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

De la tabla y gráfico 1 se deduce que, la clínica predominante fue el dolor abdominal (100%), en ambos géneros, seguido de la pérdida de apetito, que fue predominante en varones (95.38%); luego en menor porcentaje se presenta náusea (con una ligera diferencia mayor en mujeres (75%) que en varones (73.85%); de la misma manera el vómito fue predominante en las mujeres (63.64%) sobre los varones (55.38%). Así mismo, el 55.38% del total de varones y el 72.73% del total de mujeres

apendicectomizados manifestaron tener estos síntomas un tiempo menor a 48 horas, mientras que los restantes en cada género manifestaron los síntomas un tiempo mayor a 48 horas. En forma general, la clínica predominante fue el dolor abdominal (100%), seguido de la pérdida del apetito (93.6%), náusea (74.3%) y vómito (58.7%) y en menor porcentaje los pacientes presentaron fiebre (30.3%). Así mismo, el 62.4% de los pacientes apendicectomizados manifestaron tener estos síntomas un tiempo menor a 48 horas, sin embargo, el 37.61% restante tuvo los síntomas un tiempo mayor a 48 horas.

De los resultados del examen físico, se observa que, el 59.09% del total de mujeres apendicectomizadas y el 66.15% del total de varones presentaron positivo el signo de rebote o Blumberg, Sin embargo, el 100% de las mujeres y el 98.46% de los varones presentaron positivo el signo de Mc Burney; así mismo, el 63.64% de las mujeres y 73.85% de los varones presentaron positivo el signo de Rovsing. Se resalta que el signo de Blumberg y Rovsing se presentó más en el género masculino. En general, el signo más mostrado por los pacientes apendicectomizados fue el de Mc Burney (99.08%), seguido del signo de Rovsing (69.72%) y en menor porcentaje el signo de Blumberg (63.3%).

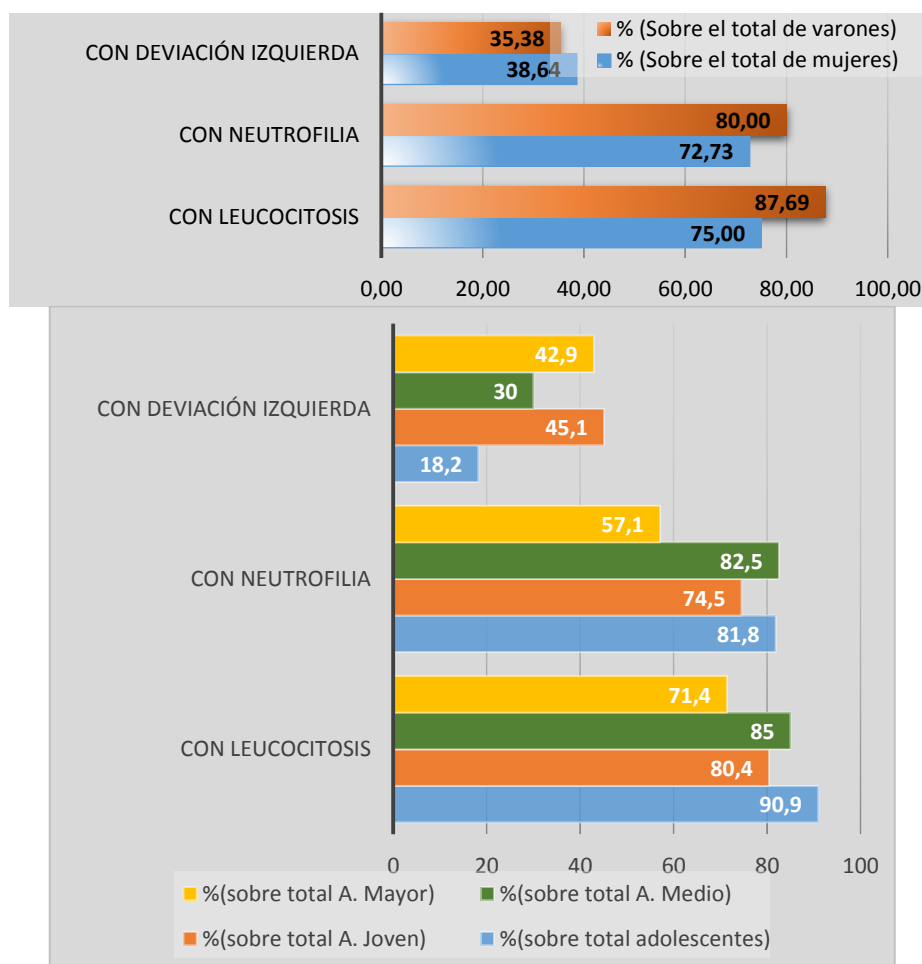
OBJETIVO N°2

Tabla N°2: Hallazgos en hemograma, como nivel de leucocitosis, Neutrofilia y desviación izquierda, en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017.

	Género				Grupo de edad							
	Femenino	% (Sobre el total de mujeres)	Masculino	% (Sobre el total de varones)	Adolescente	%(sobre total adolescentes)	Adulto joven	%(sobre total A joven)	Adulto medio	%(sobre total A medio)	Adulto mayor	%(sobre total A mayor)
<i>Con Leucocitosis</i>	33	75.00	57	87.69	10	90.9	41	80.4	34	85	5	71.4
<i>Con Neutrofilia</i>	32	72.73	52	80.00	9	81.8	38	74.5	33	82.5	4	57.1
<i>Con Desviación izquierda</i>	17	38.64	23	35.38	2	18.2	23	45.1	12	30	3	42.9

Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Gráfico N°2: Hallazgos en hemograma, como nivel de leucocitosis, Neutrofilia y desviación izquierda, en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017.



Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

De la tabla y gráfico 2 se deduce que la leucocitosis fue la manifestación más frecuente, así mismo el 87.69% de los varones presentó leucocitosis, el 80% presentó neutrofilia y sólo el 35.38% presentó desviación izquierda siendo estos porcentajes mayores que los que presentaron las mujeres, tanto en leucocitosis 75%, como de neutrofilia 72.73% y desviación izquierda 38.64%. La mayoría de los pacientes con leucocitosis, neutrofilia y desviación Izquierda fueron adultos jóvenes varones, seguido del grupo de pacientes de grupo de edad adulto medio, Se hace notar que ambos grupos de edad concentraron mayor cantidad de pacientes, sin embargo, los resultados muestran que existe una diferencia en cada grupo de edad manifestándose que los varones tienen mayor frecuencia de tener esta condición respecto de las mujeres.

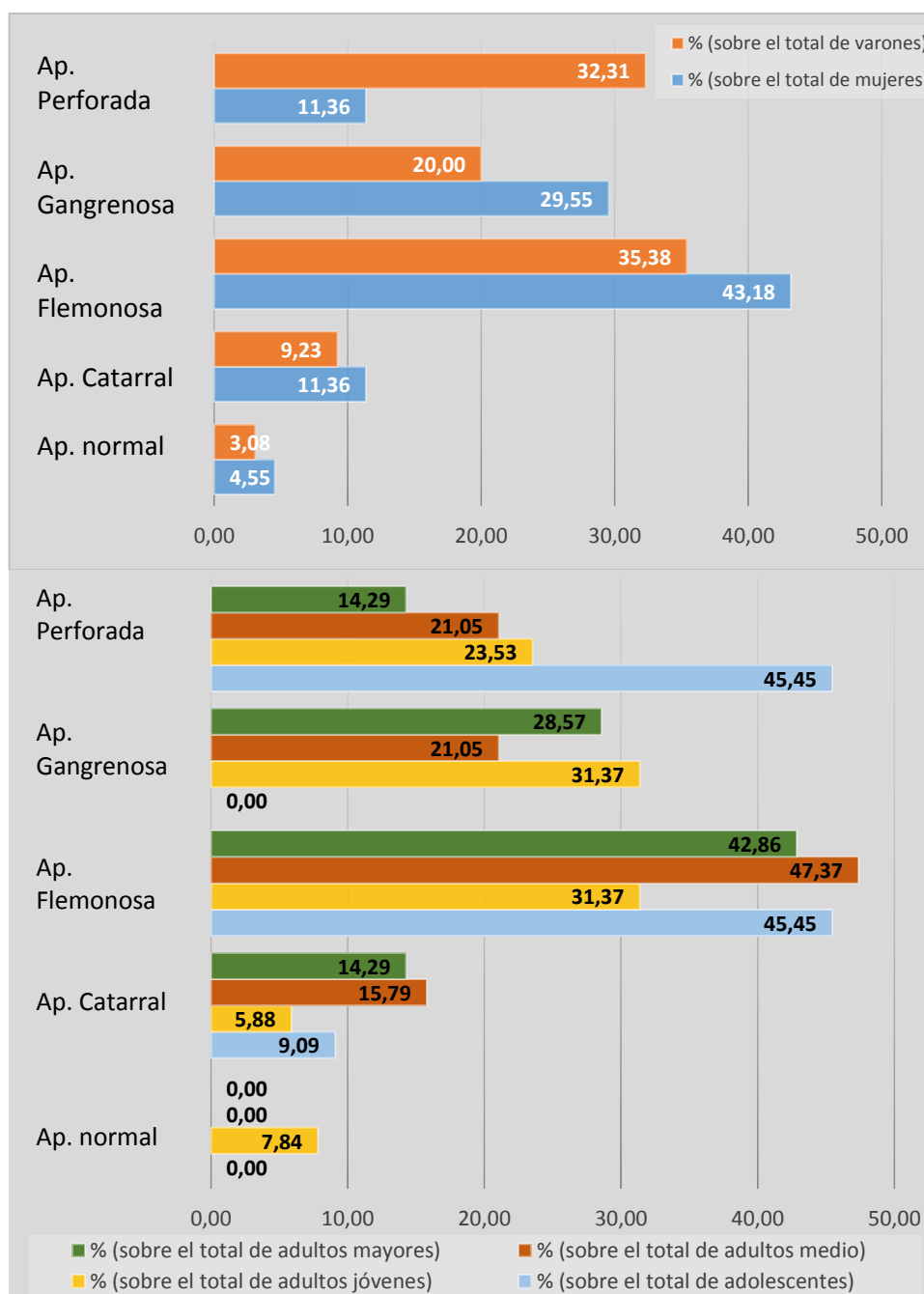
OBJETIVO N°3

Tabla N°3: Hallazgos anatomopatológicos más frecuentes presentados en el informe emitido por el departamento de patología del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017

Hallazgos Anatomopatológicos	Género				Grupo de edad							
	F	% (sobre el total de mujeres)	M	% (sobre el total de varones)	Adolescente	% (sobre el total de adolescentes)	Adulto joven	% (sobre el total de adultos jóvenes)	Adulto medio	% (sobre el total de adultos medio)	Adulto mayor	% (sobre el total de adultos mayores)
A. Normal	2	4.55	2	3.08	0	0.00	4	7.84	0	0.00	0	0.00
A. Catarral	5	11.36	6	9.23	1	9.09	3	5.88	6	15.79	1	14.29
A. Flemonosa	19	43.18	23	35.38	5	45.45	16	31.37	18	47.37	3	42.86
A. Gangrenosa	13	29.55	13	20.00	0	0.00	16	31.37	8	21.05	2	28.57
A. Perforada	5	11.36	21	32.31	5	45.45	12	23.53	8	21.05	1	14.29

Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Gráfico N°3: Hallazgos anatomopatológicos más frecuentes presentados en el informe emitido por el departamento de patología del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017



Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Con respecto al tercer objetivo específico de determinar los hallazgos anatomopatológicos más frecuentes presentados en el informe emitido por el departamento de patología del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017, se presenta la tabla N°3

De la tabla y gráfico 3 se deduce que el 43.18% de las mujeres presentó hallazgos anatomopatológicos de apendicitis flegmonosa, mientras que el 29.55% de ellas presentó hallazgos de apendicitis gangrenosa, el 11.36% catarral y perforada y sólo el 4.55% en estadio normal. Frente a ello del total de varones el 35.38% presentó hallazgos anatomopatológicos de apendicitis flemonosa, 32.31% apendicitis perforada, 20% apendicitis gangrenosa, 9.23% Catarral y sólo el 3.08% en estadio normal. Así mismo, El grupo de edad adulto joven y adulto medio concentran la mayor cantidad de pacientes apendicectomizados, en estos dos grupos los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis flemonosa, gangrenosa y perforada fueron los de mayor ocurrencia; del total de adultos jóvenes el 31.37% presentó apendicitis flemonosa y gangrenosa y el 23.53% presentó apendicitis perforada; del total; sin embargo del total de pacientes pertenecientes al grupo de edad adulto medio el 47.37% presentó hallazgos de apendicitis flemonosa, el 21.05% gangrenosa y perforada. Del total de adolescentes el 45.45% mostró hallazgos de apendicitis flemonosa y perforada; sin embargo, el 42.86% de adultos mayores presentó hallazgos de apendicitis flemonosa, seguido del 28.57% de ellos que presentaron apendicitis gangrenosa y 14.29% presentaron hallazgos de apendicitis catarral y perforada. Los estadios normal y catarral fueron los menos frecuentes.

OBJETIVO N° 4

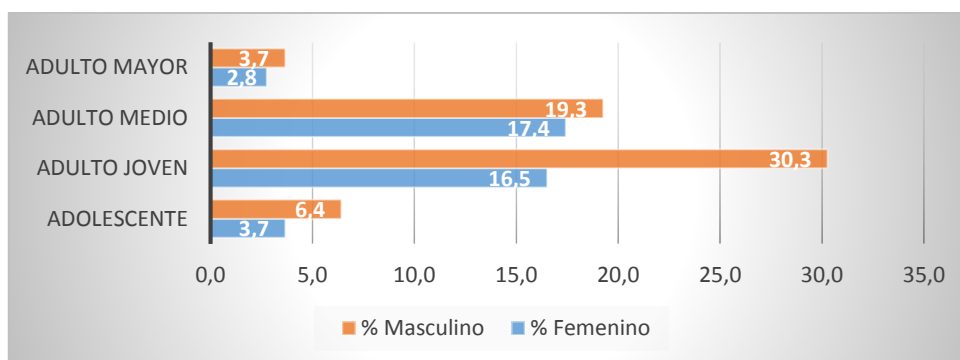
Respecto al cuarto objetivo específico de Determinar el sexo y el grupo de edad más frecuente en la que se presenta la apendicitis aguda, en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017, se presenta la tabla N°4

Tabla N°4: Sexo y el grupo de edad más frecuente en la que se presenta la apendicitis aguda, en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – diciembre 2017

		Sexo		Total	
		F	M		
Grupo De Edad	Adolescente	Recuento	4	7	11
		% del total	3.7%	6.4%	10.1%
	Adulto joven	Recuento	18	33	51
		% del total	16.5%	30.3%	46.8%
	Adulto medio	Recuento	19	21	40
		% del total	17.4%	19.3%	36.7%
	Adulto mayor	Recuento	3	4	7
		% del total	2.8%	3.7%	6.4%
Total		Recuento	44	65	109
		% del total	40.4%	59.6%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Gráfico N°4: Sexo y el grupo de edad más frecuente en la que se presenta la apendicitis aguda, en el Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017



Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Se observa que durante los meses del estudio existió mayor número de casos de apendicitis en varones con un 59.6% y en mujeres un 40.4%, existiendo una moderada diferencia de casos existentes, se puede inferir que la apendicitis aguda puede producirse

en cualquier sexo, con predominio en los varones. El grupo de edad de mayor número de casos fue Adulto joven con 46.8%, seguido del grupo adulto medio con 36.7%.

Respecto al objetivo general de determinar la relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa Enero – Diciembre 2017, se presenta el gráfico N°5

Tabla N° 5: Prueba Chi cuadrado para medir la relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio (escala de Alvarado) y los hallazgos anatomopatológicos

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	33,67 7 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	34,16 7	16	,000
Asociación lineal por lineal	28,65 1	1	,000
N de casos válidos	109		
a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.83.			

De la tabla 11 se deduce que al realizar la prueba Chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0.000132 con 16 grados de libertad para 109 casos válidos, el p valor encontrado fue menor a $\alpha = 0.05$ por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de la investigadora que indica que existe asociación entre la clínica, los exámenes de laboratorio y los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda. La estimación puntual, de la medida de concordancia entre la clínica, los exámenes de laboratorio frente a los Hallazgos anatomopatológicos corresponden a una buena concordancia dado que el valor de Kappa de cohen fue 0,666 (Anexo 4).

DISCUSION

Respecto a los objetivos específicos, en primer término, al objetivo determinar las manifestaciones y los hallazgos clínicos más frecuentes presentados en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa, se encontró que, la clínica predominante fue el dolor abdominal (100%), seguido de la pérdida del apetito (93.6%), náusea (74.3%) y vómito (58.7%) y en menor porcentaje los pacientes presentaron fiebre (30.3%). Así mismo, el 62.4% de los pacientes apendicectomizados ingresaron con un tiempo de enfermedad menor a 48 horas, sin embargo, el 37.61% restante ingresaron con un tiempo de enfermedad mayor a 48 horas.

Así mismo en ambos géneros la clínica predominante fue el dolor abdominal (100%), seguido de la pérdida de apetito, que fue predominante en varones (95.38%); luego en menor porcentaje se presenta náusea (con una ligera diferencia mayor en mujeres (75%) que en varones (73.85%); de la misma manera el vómito fue predominante en las mujeres (63.64%) sobre los varones (55.38%). El 55.38% del total de varones y el 72.73% del total de mujeres apendicectomizados manifestaron tener un tiempo de enfermedad menor a 48 horas, mientras que los restantes en cada género manifestaron un tiempo de enfermedad mayor a 48 horas.

Sobre el examen físico, en esta investigación se encontró que el 59.09% del total de mujeres apendicectomizadas y el 66.15% del total de varones presentaron positivo el signo de rebote o Blumberg, Sin embargo, el 100% de las mujeres y el 98.46% de los varones presentaron positivo el signo de Mc Burney; así mismo, el 63.64% de las mujeres y 73.85% de los varones presentaron positivo el signo de Rovsing. Se resalta que el signo de Blumberg y Rovsing se presentó más en el género masculino.

En general, el signo más mostrado por los pacientes apendicectomizados fue el de Mc Burney (99.08%), seguido del signo de Rovsing (69.72%) y en menor porcentaje el signo de Blumberg (63.3%). Así también Bustos L.¹³ encontró resultados similares, el dolor abdominal estuvo presente en todos los casos de su estudio, seguido de anorexia/hiporexia en 49.48%, cronología de Murphy en 49.31%, náuseas y vómitos en 46.91% como lo más frecuentes. Al igual que en esta investigación el signo de Mc Burney estuvo presente en casi todos los pacientes (99.31%), seguido de Blumberg con 86.08%, resultados que resultaron muy similares a los encontrados en la muestra en cuestión.

Respecto al objetivo específico de determinar los hallazgos en las pruebas de laboratorio, más frecuentes presentados en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa se encontró que existieron más casos de pacientes con leucocitosis (82.57%), Así mismo el 77.06% del total de pacientes presentó Neutrofilia y el 22.94% no la presentó; Sólo el 36.70% de los pacientes en general presentó desviación Izquierda. Se puede inferir de estos resultados que, el diagnóstico de laboratorio fue un factor importante para la detección de la apendicitis aguda.

La leucocitosis fue la manifestación más frecuente, así mismo el 87.69% de los varones presentó leucocitosis, el 80% presentó neutrofilia y sólo el 35.38% presentó desviación izquierda siendo estos porcentajes mayores que los que presentaron las mujeres, tanto en leucocitosis 75%, como de neutrofilia 72.73% y desviación izquierda 38.64%

La mayoría de los pacientes con leucocitosis, neutrofilia y desviación Izquierda fueron adultos jóvenes varones, seguido del grupo de pacientes de grupo de edad adulto medio, Se hace notar que ambos grupos de edad concentraron mayor cantidad de pacientes, sin embargo, los resultados muestran que existe una diferencia en cada grupo de edad manifestándose que los varones tienen mayor frecuencia de tener esta condición respecto de las mujeres.

Alarcón E.⁸, halló también mayor porcentaje de pacientes con leucocitosis, 77% de los pacientes intervenidos; a pesar de ello son porcentajes más bajos que los encontrados en esta investigación, se puede inferir que la leucocitosis es un factor importante de laboratorio en el diagnóstico de la apendicitis aguda.

En cuanto al objetivo específico de determinar los hallazgos anatomopatológicos más frecuentes presentados en el informe, según el estadiaje se encontró que los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis flemonosa fue más frecuente en los meses de estudio: 38.53%, seguida de apendicitis gangrenosa y perforada que representan un 23.85% mientras que el 10.09% presentó apendicitis catarral y sólo 3.67% en estadio normal con lo cual se presume que pudo evitarse la intervención dándose un tratamiento sin cirugía.

El 43.18% de las mujeres presentó hallazgos anatomopatológicos de apendicitis flemonosa, mientras que el 29.55% de ellas presentó hallazgos de apendicitis gangrenosa, el 11.36% catarral y perforada y sólo el 4.55% en estadio normal. Frente a ello del total de varones el 35.38% presentó hallazgos anatomopatológicos de apendicitis flemonosa,

32.31% apendicitis perforada, 20% apendicitis gangrenosa, 9.23% Catarral y sólo el 3.08% en estadio normal.

El grupo de edad adulto joven y adulto medio concentran la mayor cantidad de pacientes apendicectomizados, en estos dos grupos los hallazgos anatomopatológicos de apendicitis flemonosa, gangrenosa y perforada fueron los de mayor ocurrencia; del total de adultos jóvenes el 31.37% presentó apendicitis flemonosa y gangrenosa y el 23.53% presentó apendicitis perforada; del total; sin embargo del total de pacientes pertenecientes al grupo de edad adulto medio el 47.37% presentó hallazgos de apendicitis flemonosa, el 21.05% gangrenosa y perforada. Del total de adolescentes el 45.45% mostró hallazgos de apendicitis flemonosa y perforada; sin embargo, el 42.86% de adultos mayores presentó hallazgos de apendicitis flemonosa, seguido del 28.57% de ellos que presentaron apendicitis gangrenosa y 14.29% presentaron hallazgos de apendicitis catarral y perforada. Los estadios normal y catarral fueron los menos frecuentes.

Existió similitud con el trabajo de Alarcón E.⁸, donde lo más frecuente fueron los hallazgos de apendicitis flemonosa, en cambio Advíncula M.¹⁰, encontró el estadio histopatológico más frecuente de tipo perforado y postoperatorio más frecuente el tipo gangrenoso mientras que Bustos L.¹³, encontró que el tipo de apendicitis más frecuente fue supurada (46.56%), se resalta que en su trabajo el estudio anatomopatológico mostro 3.26% de casos no tenían Apendicitis Aguda, lo que muestra similitud con lo que se encontró en la investigación realizada en los pacientes de esta investigación; así mismo Medina O¹⁴ en su estudio en el ámbito local encontró que a apendicitis gangrenada es la complicación más frecuente de la apendicitis aguda en 50% lo que hace inferir que los estadios pueden variar con una ligera tendencia a encontrar más casos de apendicitis de nivel mayor a la gangrenada.

En cuanto al cuarto objetivo específico de hallar la prevalencia en cuanto a sexo y grupo de edad, se halló un mayor porcentaje para el sexo masculino 59.6%, y para el sexo femenino 40.4%. Se encontró mayor prevalencia en el grupo de adultos jóvenes con 46.8% sobre la muestra total, seguido del grupo de edad de adulto medio con 36.7% y un menor porcentaje para adultos mayores en 6.4%.

Estos resultados se pueden comparar con los encontrados por Alarcón E.⁸, realizado en Ecuador, que encontró similar tendencia, pudo observar más casos de Apendicitis en el sexo masculino que en el femenino. Así mismo un estudio nacional realizado en Ayacucho por Vargas H.¹¹, revela que el género más frecuente fue el masculino con 55.17% (64)

casos y en el femenino 44.83% (53) casos; al igual que Bustos L.¹³, en su estudio nacional realizado en un hospital de Arequipa encontró que los pacientes operados con diagnóstico de apendicitis aguda fueron 57.56% varones y 42.44% mujeres; lo que hace inferir que son los varones los que tienen mayor frecuencia de padecer un cuadro de apendicitis aguda.

Es así como luego de analizar los aspectos específicos de este estudio se buscó lograr el objetivo general de determinar la relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, Servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa, por ello se realizó la prueba Chi cuadrado obteniendo un p valor de 0.000132 con 16 grados de libertad para 109 casos válidos, el p valor encontrado fue menor a $\alpha = 0.05$ por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de la investigadora que indica que existe asociación entre la clínica, los exámenes de laboratorio y los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda

La estimación puntual, de la medida de concordancia entre la clínica, los exámenes de laboratorio frente a los Hallazgos anatomopatológicos corresponden a una buena concordancia dado que el valor de Kappa de cohen fue 0,666.

Comparando los resultados con los que recogió Alarcón E.⁸, se puede decir que existe similitud puesto que él encontró asociación entre el diagnóstico clínico y laboratorio de apendicitis aguda frente a los hallazgos anatomopatológicos en los pacientes con apendicitis aguda, Sin embargo, Riofrío M.⁹, no encontró certera relación entre los diagnósticos clínicos, de laboratorio con los anatomopatológicos esto puede deberse a algún error de medición o ejecución en dichas pruebas. Citando a Bustos L.¹³ se observa que también encontró entre la clínica y los hallazgos anatomopatológicos una correlación baja, lo que llevó a calcular el índice de Kappa que resultó 0.59 es decir hubo concordancia moderada.

Analizados los resultados en paralelo con los estudios citados se puede inferir que el diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendo un reto médico, en especial, en sus fases tempranas. El uso de puntajes como el de Alvarado muestran un papel diagnóstico importante pero limitado en los pacientes con apendicitis en fase temprana; sin embargo, la elevación de los diferentes marcadores inflamatorios y su correlación con la clínica pueden orientar hacia un diagnóstico más temprano, el diagnóstico de la apendicitis aguda es fundamentalmente clínico; sin embargo, en las fases tempranas de la enfermedad, y especialmente en las mujeres, la decisión quirúrgica puede llevar a un porcentaje de apendicectomías incidentales.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Por medio del análisis de los resultados obtenidos se puede concluir que:

- Existe relación entre la clínica y las pruebas de laboratorio con los hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda del servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa, habiendo obtenido un p valor menor a 0.05 para la prueba de asociación Chi cuadrado y un índice de Kappa de Cohen de buena concordancia
- Las manifestaciones y los hallazgos clínicos más frecuentes presentados en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa fueron el dolor abdominal, pérdida de apetito y náuseas además del signo de Mc Burney,
- Los hallazgos en las pruebas de laboratorio, más frecuentes presentados en los pacientes con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa fueron la leucocitosis y la neutrofilia.
- Los hallazgos anatomopatológicos más frecuentes presentados en el informe, según el estadiaje fue la apendicitis flemonosa seguidos de la gangrenosa y perforada.
- Los casos de apendicitis predominantes se presentaron en el sexo masculino y en los adultos jóvenes.

RECOMENDACIONES

La investigadora sugiere a partir del estudio concluido:

- Al médico jefe del Hospital Santa Rosa II-2 del Hospital Santa Rosa gestionar equipos de nueva generación para implementación de nuevas pruebas de laboratorio que ayuden al diagnóstico de esta patología, por ejemplo la utilización del valor del PCR.
- Se sugiere educar e incentivar a cirujanos especialistas y residentes de cirugía general del Hospital Santa Rosa II-2 a realizar pruebas de imágenes, como la ecografía, como ayuda diagnóstica para esta patología.
- Se recomienda al profesional médico de patología del Hospital Santa Rosa II-2 de Piura enviar el reporte anatomopatológico de la pieza operatoria al servicio de cirugía, así se tendrá un registro; el cual deberá ser realizado por personal a cargo y posteriormente revisado por Jefe del servicio de cirugía, para poder comparar la similitud entre el diagnóstico del reporte operatorio y el del resultado anatomopatológico.
- Se sugiere al jefe del servicio de cirugía del Hospital Santa Rosa II-2 de Piura, implementar a las historias clínicas de emergencia una herramienta rápida y precisa, la cual permita a personal de salud registrar de manera adecuada todos los signos y síntomas, además de pruebas de laboratorio e imágenes.
- Se sugiere a la Facultad de Medicina reforzar en cada ciclo temas referentes a la prevención, concientización e identificación de cuadros alerta de apendicitis aguda para promover la cultura de cuidado en el paciente
- Se deja líneas abiertas a la investigación para desarrollar trabajos relacionados a la correlación de los criterios clínicos de la apendicitis aguda con el diagnóstico anatomopatológico y trabajos comparativos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tejada P., et al., Incidencia de apendicitis aguda y su relación con factores ambientales, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Asociación para el Desarrollo de la Investigación Estudiantil en Ciencias de la Salud (ADIECS-UNMSM), Perú. 2013. [citado noviembre 2017]. Recuperado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n3/a05v76n3.pdf>
2. Young P. Historia de la Medicina. Revista Medica. Chile 2014; 142: 667-672
Recuperado en: <file:///C:/Users/ilijq/Desktop/3155-46565-1-PB.pdf>
3. Townsend C., et al., Tratado de Cirugía. Vol. II. 19a ed. Madrid: Elsevier Saunders; 2008. España. 2013.
4. MINSA [Internet] Estadísticas del Ministerio de Salud. Egresos y estancias de establecimientos del MINSA por sexo, Indicadores nacionales Perú- año 2015.
Recuperado en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/HSMacros.asp?00>
5. MINSA [Internet] Estadísticas del Ministerio de Salud. egresos y estancias de establecimientos del MINSA por sexo, según departamento Perú- año 2015.
Recuperado en: http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Servicios/Egresos/EGRESO_SMacros.asp?00
6. Vargas M., Correlación entre diagnóstico preoperatorio, y anatomopatológico de apendicitis aguda en pacientes del Hospital Regional Ayacucho, [tesis de grado] Universidad Nacional del Altiplano. 2016, [citado noviembre 2017]. 51-73
Recuperado a partir de: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3820/Vargas_Chavez_Marvin_Hugo.pdf?sequence=1
7. Beauchamp D, et al., Tratado de cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna, 19na ed. Elsevier España SL; 2013. 145 – 180

8. Alarcón E., Bustamante K., en su trabajo titulado correlación entre diagnóstico clínico y laboratorio de apendicitis aguda frente a los hallazgos anatomopatológicos en pacientes hospitalizados en el área de cirugía del Hospital IESS de Manta – Ecuador. [tesis de grado] Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí 2013, [citado noviembre 2017]. 15-45. Recuperado a partir de:
http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Imagenologia/EJ%20Alarcon%20Chavez%209999.pdf
9. Riofrío M., en su investigación denominada, correlación entre diagnóstico clínico y laboratorio de apendicitis aguda frente a los hallazgos anatomopatológicos en pacientes hospitalizados en el área de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro realizada en Ambato – Ecuador [tesis de grado] Universidad Autónoma de los Andes Uniandes 2011, [citado noviembre 2017]. 20-61 Recuperado a partir de:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/128/1/TUAMED011-2011.pdf>
10. Advíncula M., Correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú. [tesis de grado] Universidad Ricardo Palma. 2016, [citado noviembre 2017]. 13, 18-40. Recuperado a partir de:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/483/1/Adv%C3%ADncula_m.pdf
11. Vargas H. Correlación entre diagnóstico preoperatorio, y anatomopatológico de apendicitis aguda en pacientes del Hospital Regional Ayacucho Perú. [tesis de grado] Universidad Nacional del Altiplano. 2016, [citado noviembre 2017]. Recuperado a partir de:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3820/Vargas_Chavez_Marvin_Hugo.pdf?sequence=1
12. Ramírez P., investigó la correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en el Hospital San Juan De Lurigancho Lima – Perú. [tesis de grado] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014, [citado noviembre 2017]. 10-24, 32-38. Recuperado a partir de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4098/1/Ramirez_pp.pdf

13. Bustos L., realizó la investigación correlación entre el diagnóstico clínico-laboratorial frente al intraoperatorio y anatomopatológico en pacientes operados con diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital I Edmundo Escomel - Essalud Arequipa Perú 2015. [tesis de grado] Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2015, [citado noviembre 2017]. 14, 32-61. Recuperado a partir de:
<http://repositorio/bitstream/handle/UNSA/4219/Mdbuhile.pdf?sequence=1G>
14. Medina O., Factores Asociados a la apendicitis aguda complicada en el hospital de apoyo II-2 Sullana – Piura enero – diciembre 2014. [tesis de grado] Universidad Nacional de Piura. 2014, [citado Noviembre 2017]. 8-32, 54-60. Recuperado de:
<http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/762>
15. Sanabria A, Bermúdez C, Domínguez L, Serna A. Utilidad del hemograma de control en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis. Rev Col. Cir. Vol 22 nº 1 2007. Pg. 13-17. [citado noviembre 2017]. Recuperado a partir de:
<http://www.redalyc.org/pdf/3555/355534475009.pdf>
16. Brunicardi C. Schwartz. Principios de Cirugía. 9º Ed. The McGraw-Hill Companies, Inc 2011. [citado noviembre 2017]. Recuperado a partir de:
<http://booksmedicos.org/schwartz-principios-de-cirugia-10a-edicion/>
17. Blanco M, Olmos B, Quijano M, Arizaga D. Automedicación y autoprescripción en pacientes que concurren a centros de salud de la ciudad de Barranqueras. Rev. Posgrado Vía Cátedra Med. Nº 201 jun. 2010. [citado noviembre 2017]. Recuperado a partir de:
https://med.unne.edu.ar/revista/revista201/2_201.pdf
18. Jiménez V. Evaluación de la fórmula leucocitaria para diagnóstico de gravedad de apendicitis en pacientes atendidos en el HPGDA. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador, 2012 [tesis de grado]. [citado noviembre 2017]. Recuperado a partir de:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/1713/1/Jim%C3%A9nez%20Morej%C3%B3n%20Inicio%20Xavier.pdf>

19. Kong V, Aldous C, Handley J, Clarke D. The cost effectiveness of early management of acute appendicitis underlies the importance of curative surgical services to a primary healthcare programme. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 2013. [citado noviembre 2017]. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4132504/>
20. Rebollar R, García J, Trejo R. Apendicitis Aguda: Revisión de la literatura. *Rev Hosp Jua Mex.* 2009; 76 (4): 210 – 216. [citado noviembre 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2009/ju094g.pdf>
21. Roesch-Dietlen F, Pérez-Morales G, Romero-Sierra G, Remes-Troche J, Jiménez-García V. Nuevos paradigmas en el manejo de la apendicitis. *Rev Fac Med Uni Ver Mex* 2012; 34 (2): 143- 149. [citado noviembre 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v34n2/v34n2a11.pdf>
22. Ospina J, Barrera L, Manrique F. Utilidad de una escala diagnóstica en casos de apendicitis aguda. *Rev Colomb Cir.* 2011; 26: 234-241. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n4/v26n4a2.pdf>
23. Boomer L., M.O. 2010. Perforation in Adults with Acute Appendicitis Linked to Insurance Status, Not Ethnicity. Nevada-USA. *Journal of surgical research.* V163 {2}. 221-224 pp.
24. Omari A. Et al. 2014. Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation. Jordania. *World Journal of Emergency Surgery.* V 9. 1-6 pp.
25. AMCG. Asociación Mexicana de Cirugía General. Guía de Práctica Clínica. Apendicitis Aguda. Mexico 2014. [citado noviembre 2017]. 116-128. Recuperado a partir de: <https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/apendicitis.pdf>
26. Díaz V., Metodología de la Investigación Científica y Bioestadística. Editorial Universidad Finis Terrae. Chile. 2011. [citado noviembre 2017].
27. Bunge M. La Investigación Científica. 4ta Ed.España: Ed. Ariel S.A; 2011.

28. Hernández R, Fernández R y Baptista P. Metodología de la Investigación.6a Edición. México: Mc Graw Hill; 2014.

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO

Guía de Recolección de Datos de la clínica, pruebas de laboratorio y hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, área de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa.

1. Caso reportado en el mes:

Enero ()	Febrero ()	Marzo ()	Abril ()	Mayo ()	Junio ()
Julio ()	Agosto ()	Septiembre ()	Octubre ()	Noviembre ()	Diciembre ()

2. Datos Generales

Sexo:

Mujer ()	Hombre ()
-----------	------------

Edad: _____

3. Síntomas actuales: (Marcar con x cuando se presente)

Secuencia de Murphy	Dolor Abdominal	()
	Nausea	()
	Vómito	()
	Fiebre	()
Pérdida de apetito		()
Síntomas < 48 horas		()
Síntomas > 48 horas		()

4. Examen físico (colocar positivo o negativo según corresponda)

Signo de rebote o Signo de Blumberg	()
Signo de Mc Burney	()
Signo de Rovsing	()
Fiebre > 38°	()
Resistencia muscular	()

5. Examen de laboratorio de apendicitis aguda

Laboratorio	
Leucocitosis	()
Neutrofilia	()
Desviación izquierda	()

6. Hallazgos anatomopatológicos de apendicitis aguda.

Estadíos apendiculares

Hallazgos anatomopatológicos	
Apéndice normal	()
Apéndice catarral, edematosa o congestiva	()
Apéndice flemonosa o supurativa	()
Apéndice gangrenosa o necrótica	()
Apéndice Perforada	()

ANEXO 2

Estadísticos Descriptivos

Tabla N°A1: Casos de pacientes apendicectomizados por género en el Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	44	40,4
	Masculino	65	59,6
	Total	109	100,0

Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Tabla N°A2 =5: Pruebas de Laboratorio de los pacientes apendicectomizados.

		n	%
Leucocitosis	Sin Leucocitosis	19	17.43
	Con Leucocitosis	90	82.56
Neutrofilia	Sin Neutrofilia	25	22.94
	Con Neutrofilia	84	77.06
Desviación Izquierda	Sin Desviación Izquierda	93	85.32
	Con Desviación Izquierda	16	14.68

Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Tabla N°A3=8: Hallazgos Anatomopatológicos en los pacientes apendicectomizados

Hallazgos Anatomopatológicos

	Frecuencia	%
A. Normal	4	3.67
A. Catarral	11	10.09
A. Flemonosa	42	38.53
A. Gangrenosa	26	23.85
A. Perforada	26	23.85
Total	109	100.00

Fuente: Historias Clínicas Hospital Santa Rosa II – 2 Piura.
Matriz de datos del instrumento de investigación

Anexo 3

Prueba Chi Cuadrado (Existencia de Asociación)

Tabla A3: Prueba Chi Cuadrado Nausea Vs Apendicitis Catarral

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,229 ^a	1	,022		
Corrección de continuidad ^b	2,865	1	,091		
Razón de verosimilitud	6,949	1	,008		
Prueba exacta de Fisher				,046	,023
N de casos válidos	109				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,83.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla A4: Prueba Chi Cuadrado Nausea Vs Apendicitis Flemonosa

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,510 ^a	1	,019		
Corrección de continuidad ^b	4,503	1	,034		
Razón de verosimilitud	5,405	1	,020		
Prueba exacta de Fisher				,025	,018
N de casos válidos	109				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,79.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla A5: Prueba Chi Cuadrado Vómito y Apendicitis Flemonosa

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,120 ^a	1	,024		
Corrección de continuidad ^b	4,256	1	,039		
Razón de verosimilitud	5,111	1	,024		
Prueba exacta de Fisher				,029	,020
N de casos válidos	109				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,34.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla A6: Prueba Chi Cuadrado Signo de Blumberg Vs Apendicitis Perforada

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,365 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	10,780	1	,001		
Razón de verosimilitud	14,724	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	109				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,54.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla A7: Prueba Chi Cuadrado Signo de Roving Vs Apendicitis Perforada

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)	Significaci3n exacta (bilateral)	Significaci3n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,249 ^a	1	,004		
Correcci3n de continuidad ^b	6,904	1	,009		
Raz3n de verosimilitud	9,880	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,003	,002
N de casos v3lidos	109				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es 7,87.					
b. S3lo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla A8: Prueba Chi Cuadrado Leucocitosis Vs Apendicitis Perforada

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)	Significaci3n exacta (bilateral)	Significaci3n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,208 ^a	1	,007		
Correcci3n de continuidad ^b	5,706	1	,017		
Raz3n de verosimilitud	11,558	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,006	,003
N de casos v3lidos	109				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es 4,53.					
b. S3lo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla A9: Prueba Chi Cuadrado Neutrofilia Vs Apendicitis Perforada

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,489 ^a	1	,034		
Corrección de continuidad ^b	3,428	1	,064		
Razón de verosimilitud	5,318	1	,021		
Prueba exacta de Fisher				,035	,026
N de casos válidos	109				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,96.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla A10: Prueba Chi Cuadrado Desviación Izquierda vs Apendicitis Gangrenosa

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,323 ^a	1	,038		
Corrección de continuidad ^b	3,407	1	,049		
Razón de verosimilitud	4,208	1	,040		
Prueba exacta de Fisher				,043	,034
N de casos válidos	109				
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,54.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Anexo 4

Tabla A11: Índice Kappa de Cohen para la medida de concordancia entre las variables.

		Medidas simétricas			
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
MEdida de acuerdo	Kappa	,666	,055	12,261	,000
N de casos válidos		109			
a. No se supone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.					

La estimación puntual, de la medida de concordancia entre la clínica, los exámenes de laboratorio frente a los Hallazgos anatomopatológicos corresponden a una buena concordancia dado que el valor de Kappa de cohen fue 0,666

Anexo 2

Matriz de Evaluación de la Guía de Recolección de Datos de la clínica, pruebas de laboratorio y hallazgos anatomopatológicos en apendicitis aguda, área de cirugía del Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa.

Variable	Dimensión	Ítems	Criterios de evaluación						Observaciones y recomendaciones
			Existe relación entre el ítem y la variable		Existe relación entre el ítem y la dimensión		Existe coherencia en el planteamiento del ítem y lo que busca el estudio		
			Si	No	Si	No	Si	No	
Clínica y pruebas de laboratorio	Síntomas	Dolor Abdominal	X		X		X		
		Nausea	X		X		X		
		Vómito	X		X		X		
		Hiporexia	X		X		X		
		Síntomas < 48 horas	X		X		X		
		Síntomas > 48 horas	X		X		X		
	Examen Físico	Dolor de Rebote o Signo de Blumberg	X		X		X		
		Signo de Mc Burney	X		X		X		
		Signo de Rovsing	X		X		X		
		Fiebre > 38°C	X		X				
		Resistencia muscular	X		X		X		
	Pruebas de laboratorio	Leucocitosis	X		X		X		
		Neutrofilia	X		X		X		
		Desviación izquierda	X		X		X		
	Hallazgos anatomopatológicos	Estadios apendiculares	Apéndice normal	X		X		X	
Apéndice catarral, edematosa o congestiva			X		X		X		
Apéndice flegmonosa o supurativa			X		X		X		
Apéndice gangrenosa o necrótica			X		X		X		
Apéndice Perforada			X		X		X		

Firma del Evaluador
 Dr. César Sánchez Torres
 CIRUGIA GENERAL - LAPAROSCOPIA
 CMP 53093 - RNE: 31597

SOLICITA APROBACIÓN E INSCRIPCIÓN DE PROYECTO DE TESIS Y ASESOR

Sra. Dra.

GLADYS PEÑA PAZOS

Jefe de Gestión Académica UPAO-PIURA

Yo, Carla Steffany Cortez Cherres, identificado con ID: 000100586, alumno de la Escuela de Medicina Humana, con el debido respeto me presento y expongo:

Que siendo requisito indispensable para poder optar por el Título Profesional de Médico Cirujano, recurro a su digno despacho a fin de que se apruebe e inscriba mi proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN ENTRE LA CLÍNICA Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CON LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN APENDICITIS AGUDA. HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA II-2 SANTA ROSA."

Así mismo informo que el docente Cesar Sánchez Torres, será mi asesor, por lo que solicito se sirva tomar conocimiento para los fines pertinentes.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Piura, 22 de Enero del 2018

Carla Steffany Cortez Cherres

ID: 000100586



PROVEIDO N°011 - 2018/-HAPCSR-II-2

26 MAR 2018

- A** : **Med. Wilmar Bernaola Cevallos**
Jefe Del Departamento De Cirugía.
- : **Ing. Temístocles Farfán Palacios**
Jefe de Estadística e Informática.
- : **Lic. Marilú Paiva Chapa**
Jefe del departamento de Patología clínica -
Banco de Sangre y Anatomía Patológica.

ASUNTO : **Proveído Favorable**

Referencia : **Solicitud s/n.**

Que de acuerdo con la documentación presentada por la Srta. **CORTEZ CHERRES CARLA STEFFANY**, identificado con **DNI 70275314** Universidad Privada Antenor Orrego dado el Proveído Favorable para realización de Investigación Proyecto de Tesis "**Relación Entre La Clínica Y Las Pruebas De Laboratorio Con Los Hallazgos Anatomopatológicos En Apendicitis Aguda**", para optar Título De Médico Cirujano que se realizara en nuestro Hospital de la Amistad Perú -Corea Santa Rosa II2.

Agradezco de antemano, la atención a la presente.

Atentamente


GOBIERNO REGIONAL PIURA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2
DR. RAFAEL EDUARDO ARON SILVA
Jefe de la Unidad de Atención a la Investigación
CMP 2018/1



Trujillo, 26 de febrero del 2018

RESOLUCION N° 0411-2018-FMEHU-UPAO

VISTO, el expediente organizado por Don (ña) CORTEZ CHERRES CARLA STEFFANY alumno (a) de la Escuela Profesional de Medicina Humana, solicitando **INSCRIPCIÓN** de proyecto de tesis Titulado "RELACION ENTRE LA CLINICA Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CON LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA. HOSPITAL DE II - 2 SANTA ROSA ENERO - DICIEMBRE 2017", para obtener el **Título Profesional de Médico Cirujano, y;**

CONSIDERANDO:

Que, el (la) alumno (a) CORTEZ CHERRES CARLA STEFFANY ha culminado el total de asignaturas de los 12 ciclos académicos, y de conformidad con el referido proyecto revisado y evaluado por el Comité Técnico Permanente de Investigación de la Escuela Profesional de Medicina Humana, de conformidad con el Oficio N° 0023-2018-CI-FMEHU-UPAO;

Que, de la Evaluación efectuada se desprende que el Proyecto referido reúne las condiciones y características técnicas de un trabajo de investigación de la especialidad;

Que, de conformidad a lo establecido en la sección III – del Título Profesional de Médico Cirujano y sus equivalentes, del Reglamento de Grados y Títulos Artículo del 26 al 29, el recurrente ha optado por la realización del **Proyecto de Tesis;**

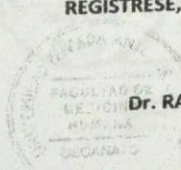
Que, habiéndose cumplido con los procedimientos académicos y administrativos reglamentariamente establecidos, por lo que el Proyecto debe ser inscrito para ingresar a la fase de desarrollo;

Estando a las consideraciones expuestas y en uso a las atribuciones conferidas a este despacho;

SE RESUELVE:

- Primero.-** AUTORIZAR la inscripción del Proyecto de Tesis Titulado "RELACION ENTRE LA CLINICA Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CON LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA. HOSPITAL DE II - 2 SANTA ROSA ENERO - DICIEMBRE 2017", presentado por el (la) alumno (a) CORTEZ CHERRES CARLA STEFFANY en el registro de Proyectos con el N° 2690 por reunir las características y requisitos reglamentarios declarándolo expedito para la realización del trabajo correspondiente.
- Segundo.-** REGISTRAR el presente Proyecto de Tesis con fecha 26,02,18 manteniendo la vigencia de registro hasta el 26,02,20.
- Tercero.-** NOMBRAR como Asesor de la Tesis al profesor (a) SANCHEZ TORRES CESAR
- Cuarto.-** DERIVAR al Señor Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana para que se sirva disponer lo que corresponda, de conformidad con la normas Institucionales establecidas, a fin que el alumno cumpla las acciones que le competen.
- Quinto.-** PONER en conocimiento de las unidades comprometidas en el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Dr. RAMELULLOA DEZA
Decano



Dr. DIANA JACQUELINE SALINAS GAMBOA
Secretaria Académica



UPAO

Facultad de Medicina Humana DECANATO

Trujillo, 06 de marzo del 2018

RESOLUCIÓN N° 0479-2018-FMEHU-UPAO

VISTO, y;

CONSIDERANDO:

Que, el señor Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana, por Oficio N° 0031-2018-EPMH-UPAO, ha tramitado el expediente presentado por el señor (lta) CORTEZ CHERRES CARLA STEFFANY, solicitando designación de Jurado de Tesis, donde se desprende que el recurrente ha cubierto las exigencias académico - administrativas relacionadas con el proceso de elaboración de la Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano;

Que, con la presentación de los ejemplares de la Tesis y el informe Técnico del Profesor Asesor se acredita haber cumplido con la ejecución del Trabajo de Investigación, cuyo proyecto fuera aprobado por Resolución N° 0411-2018-FMEHU-UPAO, con registro de Tesis N° 2690, por lo que está expedito para la correspondiente sustentación;

Que, para efectos de la sustentación es necesaria la constitución y nombramiento del respectivo Jurado, con Docentes de la Escuela Profesional de Medicina, en concordancia a lo establecido en el Art. 19° al 25° del Reglamento de Grados y Títulos;

Estando a lo dispuesto en el Reglamento General Docente y de Grados y Títulos y las facultades conferidas a este Despacho;

SE RESUELVE:

Primero.- CONSTITUIR el jurado que recepcionará la sustentación de la Tesis presentada por el (lta) bachiller CORTEZ CHERRES CARLA STEFFANY, titulada "RELACION ENTRE LA CLÍNICA Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CON LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN APENDICITIS AGUDA. HOSPITAL DE II - 2 SANTA ROSA ENERO - DICIEMBRE 2017", para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano, el mismo que quedará conformado por los siguientes docentes:

Dr. ALBERTO CARRIQUED CARLOS	Presidente
Dr. HANS GARCIA CHAVEZ	Secretario
Dra. ANA BACA PADILLA	Vocal

Segundo.- RATIFICAR al profesor Asesor de la Tesis al profesor (a) Dr. (a) SANCHEZ TORRES CESAR como Asesor de la Tesis.

Tercero.- REMITIR al Señor Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana el expediente, a fin que se sirva disponer las acciones académico - administrativas conducentes al cumplimiento de lo prescrito reglamentariamente sobre la materia.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



Escuela de Medicina Humana
Jurado de Tesis
Resol.
Inventariado
Expediente
Archivo



JACQUELINE SALINAS GAMBOA
Secretaria Académica

INFORME FINAL DEL ASESOR

TITULO: RELACIÓN ENTRE LA CLÍNICA Y LAS PRUEBAS DE LABORATORIO CON LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN APENDICITIS AGUDA. HOSPITAL DE II-2 SANTA ROSA ENERO – DICIEMBRE 2017

AUTOR: CORTEZ CHERRES CARLA STEFFANY

ASESOR: DR. CESAR SANCHEZ TORRES

INFORME:

- La Tesis presentada reúne una formulación y delimitación de manera clara del problema de investigación.
- El objetivo general apunta de manera precisa y claramente el problema.
- Los objetivos específicos pueden entenderse como desagregados del problema general.
- Hay una adecuada elección explicación y exposición de las teorías elegidas.
- Hay un manejo conceptual adecuado (definiciones de conceptos teóricos, claros y entendibles.)
- Se da una apropiada integración bibliográfica y no solo un listado de temas y autores.
- Se han revisado propuestas teóricas actuales (bibliografía actualizada y pertinente).
- Se explica y define el tipo de análisis que se utilizó.
- Se evidencia un sentido reflexivo y crítico en la descripción del análisis.
- Los capítulos están delimitados de una manera precisa, coherente y ordenada.
- Se evidencian grados de conexión e interdependencia entre los contenidos de los capítulos.
- Los contenidos se expresan con claridad y corrección.
- Se da una precisión terminológica.
- El sistema de citas y presentación de la bibliografía sigue las normas establecidas por la institución.
- Los resultados son presentados de manera clara y precisa.
- Las conclusiones están justificadas y se deducen de la investigación.
- Hay consistencia entre las conclusiones y los objetivos.

En mi calidad de Asesor, autorizo la transcripción en limpio de la tesis.

Se expide el presente informe para los fines que estime conveniente.

Piura, 27 Abril del 2018

Dr. Cesar Sánchez Torres
CIRUGIA GENERAL - LAPAROSCOPIA
CMP 53803 - DNE 31987