

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 - 2016

PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

Luz Daniela Ravelo Bendezú

Huancayo Perú

2017

JURADOS

Dr. Gustavo Bastidas Párraga
Miembro I

Dr. Juan Carlos Espinoza Ventura
Miembro II

Dra. Luz Luza Ruiz de Castilla
Miembro III

Dr. Aníbal Díaz Lazo

ASESOR

DEDICATORIA

A dios por permitirme llegar hasta aquí.

A mis padres por ser quienes se esfuerzan por sacarme
Adelante y apoyarme en los momentos difíciles, además de
inculcarme valores y principios que son necesarios en mi
formación como persona y profesional.

A mis hermanos por siempre estar alentándome
y brindándome su cariño incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Aníbal Díaz Lazo por su enorme apoyo durante la realización de este trabajo.

A los médicos asistentes y residentes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo por brindarnos su apoyo incondicional y por las enseñanzas que pude obtener de cada uno de ellos.

Al personal administrativo de este mismo nosocomio por falicitarme los datos durante la ejecución de este trabajo.

INDICE

Jurados.....	II
Asesor.....	III
Dedicatoria.....	IV
Agradecimientos.....	V
Índice.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
CAPITULO I	
Introducción.....	9
CAPITULO II	
Material y métodos.....	18
CAPITULO III	
Resultados.....	21
CAPITULO IV	
Discusión.....	26
CAPITULO V	
Conclusiones.....	29
CAPITULO VI	
Recomendaciones.....	30
CAPITULO VII	
Referencias bibliográficas.....	31
Anexos.....	34

RESUMEN

La apendicitis aguda es la causa principal de abdomen agudo quirúrgico en los servicios de urgencias médicas de los hospitales, constituyendo más del 50%. Diferentes diagnósticos pueden presentar un cuadro clínico similar al de apendicitis aguda confundiendo así el diagnóstico con el posterior tratamiento quirúrgico.

Objetivo General: Identificar las características de las apendicectomías negativas en pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”, periodo 2015 – 2016.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo del libro de reporte operatorio e historias clínicas de 68 pacientes intervenidos por apendicitis aguda con diagnóstico post operatorio diferente a éste, por lo cual la muestra es no probabilística ya que se trabajó con todos los pacientes que presentaron los criterios de inclusión (excluyéndose 8 pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión).

Resultados: las apendicectomías negativas representan el 5,3% del total de apendicectomías. Presentando una edad media entre 38 años, hubo predominio en el sexo femenino representando el 86,7% del total de pacientes, siendo las causas ginecológicas las de mayor predominio (51,7%) en los casos de apendicectomías negativas.

Conclusiones: las apendicectomías negativas tienen una mínima prevalencia en el hospital. Así mismo en la muestra tomada se evidencia el predominio del sexo femenino, la mayoría de ellos con diagnóstico de quiste ovárico derecho.

Palabras Claves: Apendicectomía negativa, factores asociados.

ABSTRACT

Acute appendicitis is the leading cause of acute surgical abdomen in the hospital emergency medical services, accounting for more than 50%. Different diagnoses may present a clinical picture similar to that of acute appendicitis, thus confusing the diagnosis with subsequent surgical treatment.

General Objective: To identify the characteristics of negative appendectomies in patients of the "Daniel Alcides Carrión" Hospital Regional Surgical Clinical Hospital, from 2015 to 2016.

Material and methods: A retrospective study of the operative report book and clinical records of 68 patients who underwent acute appendicitis with a different postoperative diagnosis was performed, so the sample is non-probabilistic since all the patients who presented the inclusion criteria (excluding 8 patients who did not meet the inclusion criteria).

Results: Negative appendectomies represent 5.3% of all appendectomies. With a mean age of 38 years, there was a predominance of female patients, representing 86.7% of the total number of patients, with gynecological causes being the most prevalent (51.7%) in cases of negative appendectomies.

Conclusions: Negative appendectomies have a minimal prevalence in the hospital. Likewise in the sample taken, the predominance of the female sex is evidenced, most of them with diagnosis of right ovarian cyst.

Keywords: Negative appendectomy, associated factors.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La apendicitis aguda (AA) es una de las enfermedades más frecuentes en los servicios de urgencias de un hospital a nivel mundial que necesita un diagnóstico precoz¹, siendo la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, ya que más del 50% de este síndrome corresponden a esta afección.

En el Perú, la enfermedad apendicular ocupa el segundo lugar entre las cuarenta primeras causas de morbilidad que requieren hospitalización; por ello, la AA es un problema de salud pública importante, llegando a alcanzar 30 000 casos al año².

El riesgo de padecer apendicitis en algún momento de la vida es del 8.6% en varones y 6.7% en las mujeres. Presenta una incidencia de 1.5 a 1.9/1,000 habitantes. La población mayormente afectada se encuentra entre los 25 a 35 años³.

El diagnóstico de la AA es básicamente clínico, por lo cual es de difícil diagnóstico durante las primeras horas de iniciado el cuadro clínico y hay casos en que la presentación es atípica. En general, se acepta que un cirujano experto y con práctica habitual en un servicio de urgencias puede tener hasta un 15% de apendicectomías negativas, pero esta cifra puede incrementarse, en especial en mujeres menores de 35 años, hasta el 26%³, ya que en mujeres de edad fértil es

más difícil de descubrir debido a que sus síntomas son a menudo confundidos con los propios de la etapa biológica de la mujer⁴. Se produce una encrucijada para el cirujano entre tomar una conducta expectante o preparar a los pacientes para ser intervenidos quirúrgicamente, a pesar de que se han ido incorporando diferentes tipos de estudios al arsenal diagnóstico, intentando disminuir el error y con ello la morbi-mortalidad del cuadro. Evidentemente es posible diagnosticar una AA mediante ultrasonografía con un alto grado de precisión⁶ y poder diferenciarlas con distintos tipos de patologías que tienen un cuadro similar al de la AA.

La incidencia de apendicectomías negativas es alta en algunos hospitales representando desde un 15 a 20% del total de apendicectomías y determina la realización de esta investigación.

El objetivo de la investigación es identificar las características de las apendicectomías negativas en pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”, periodo 2015 – 2016.

1. Planteamiento del problema

La AA es una de las enfermedades más frecuentes en los servicios de urgencias de un hospital a nivel mundial que necesita un diagnóstico precoz¹, siendo la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, pues más del 50% de este síndrome corresponden a esta afección.

El riesgo de padecer apendicitis en algún momento de la vida es del 8.6% en varones y 6.7% en las mujeres. Presenta una incidencia de 1.5 a 1.9/1,000 habitantes. La población mayormente afectada se encuentra entre los 25 a 35 años³.

El diagnóstico de la AA es básicamente clínico, por lo cual es de difícil diagnóstico durante las primeras horas de iniciado el cuadro clínico y hay casos en que la presentación es atípica; muchos pacientes se presentan con la semiología característica. En mujeres en edad fértil es más difícil de

descubrir debido a que sus síntomas son a menudo confundidos con los propios de la etapa biológica de la mujer⁴. La demora en el diagnóstico de la apendicitis produce un incremento de apéndices perforados, encontrándose mayor riesgo de perforación en los niños menores de 10 años y en los mayores de 50 años, a su vez la perforación aumenta la tasa de morbi – mortalidad⁵.

Se han ido incorporando diferentes tipos de estudios al arsenal diagnóstico, intentando disminuir el error y con ello la morbi-mortalidad del cuadro. Entre ellas la ecografía, que se ha revelado como un método de importancia primordial en la práctica médica en general y en el servicio de urgencias en particular. Sin embargo, la utilización de la misma de forma rutinaria en el diagnóstico diferencial de la AA sigue siendo objeto de debate. Evidentemente es posible diagnosticar una AA mediante ultrasonografía con un alto grado de precisión⁶.

El tratamiento de la AA una vez realizado el diagnóstico es ineludiblemente quirúrgico con extirpación del apéndice inflamado; un retraso en la cirugía provoca aumento de la inflamación y posteriormente la perforación del apéndice, dando lugar a una peritonitis que aumenta la morbi-mortalidad, días de estancia hospitalaria y costos. El índice de laparotomías negativas varía entre el 20-28%, siendo mayor en pacientes de sexo femenino debido a enfermedades ginecológicas que semejan cuadros apendiculares como la inflamación pélvica⁷.

Las complicaciones de la AA simple son en general de un 10% y con la perforación del apéndice, el rango se incrementa de un 15% a un 65%. La sospecha de apendicitis justifica una intervención quirúrgica inmediata porque una laparotomía negativa tiene una morbilidad menor que una apendicetomía demorada. Sin embargo, una laparotomía negativa tiene una morbilidad apreciable. El índice de complicación de una intervención quirúrgica con resección de un apéndice normal oscila entre el 5.9 y el 17% en diferentes estudios. Entre las complicaciones destacan como más frecuentes la infección de la herida y los abscesos intraabdominales. Se

pueden presentar también complicaciones pulmonares, infartos de miocardio, obstrucciones intestinales, infecciones urinarias y muerte del feto, incluso se han comunicado complicaciones raras como granulomas inflamatorios intracecales que semejan tumores de ciego. Una complicación poco frecuente de las apendicectomías con apéndice sano o inflamación subaguda es el llamado “Síndrome del 52 día” donde, tras un intervalo libre de sintomatología, aparece una peritonitis difusa que generalmente se cura con tratamiento antibiótico, pero que en ocasiones precisa de nueva intervención⁸.

2. Formulación del problema

2.1. Problema General

¿Cuáles son las características de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?

2.2. Problemas Específicos

2.2.1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes con apendicectomías negativas en un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?

2.2.2 ¿Cuál es el tiempo de enfermedad de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?

2.2.3 ¿Cuáles son los síntomas que presentan los pacientes con apendicectomías negativas de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?

2.2.4 ¿Cuáles son las causas de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?

2.2.5 ¿Cuáles son las características quirúrgicas de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?

2.2.6 ¿Cuáles son las principales patologías que causan apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?

3. JUSTIFICACION

3.1. Teoría o científica

Siendo la enfermedad apendicular tan prevalente, y que en mujeres de edad fértil es más difícil de diagnosticar debido a que sus síntomas son a menudo confundidos con los propios de la etapa biológica de la mujer⁴, es necesario ser más cautos en dar dicho diagnóstico y considerar los distintos diagnósticos diferenciales que existe para esta patología en las distintas etapas de vida de pacientes de sexo femenino, ya que las laparotomías negativas tienen una morbilidad apreciable⁵.

No existen registros de investigaciones realizadas en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo acerca de las apendicectomías negativas (AN), motivo por el cual el presente estudio pretende identificar cuáles son las características de éstas.

3.2. Social o práctica

Por el conocimiento de que hay múltiples causas que pueden semejar un cuadro clínico de AA, es necesario hacer una investigación sobre la frecuencia con que se comete el error diagnóstico y además establecer en ese grupo de diagnósticos equivocados la etiología⁷.

La AA puede ser diagnosticada con el examen clínico y exámenes complementarios; existiendo la posibilidad de realizar AN. Por eso, en la

actualidad es necesario el uso de recursos imagenológicos, laparoscópicos y hematológicos aunque los logros esperados en beneficios del paciente, en ocasiones elevan los costos médicos y retardos en el tratamiento quirúrgico⁹.

Los problemas ginecológicos son la principal causa de confusión con AA, representando un 15 – 40% de AN en mujeres.

3.3. Metodológica

Teniendo la enfermedad apendicular una alta prevalencia en nuestro medio y que el diagnóstico muchas veces es confundido por otras causas que aparentan ser AA, pudiéndose evidenciar estas en los diagnósticos posoperatorios, representando 15- 18 % de apéndices normales del total de pacientes apendicectomizados. Se realizará un estudio descriptivo acerca de las AN que se presentan en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivos general

Identificar las características de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.

4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Determinar las características sociodemográficas en pacientes con apendicectomías negativas en un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.

- 4.2.2. Determinar el tiempo de enfermedad de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.
- 4.2.3. Identificar los síntomas que presentan los pacientes con apendicectomías negativas de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.
- 4.2.4. Determinar las causas de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.
- 4.2.5. Identificar las características quirúrgicas de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.
- 4.2.6. Mencionar cuales son las principales patologías que causan apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016

5. MARCO TEORICO

5.1. Antecedentes de la investigación

Valle R. llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y observacional con 31 pacientes con apendicetomía negativa en un hospital del Callao, obteniendo resultados que indican que la AN tiene una significativa incidencia dentro de los casos de AA, con un porcentaje que oscila entre el 15-25%, así mismo es una patología que se evidencia en adultos intermedios entre 25-54 años, presentándose en mayor porcentaje en el sexo femenino (67,7%). La mayor frecuencia de diagnósticos de alta son los de tipo Ginecológico, en los casos de AN¹¹.

Prialé G. y col realizaron un estudio retrospectivo de todas las apendicectomías que se realizó en una clínica en Lima con un total de 376 casos, representando el sexo femenino un 55.9% de la población

(363), la media de edad fue 33.4 +/-17.6 años con 28 casos de AN (7.7%) donde las causas ginecológicas encabezan la lista con un 53.6% y en segundo lugar la enfermedad diverticular (14.3%). Teniendo que la presencia de dolor en hipogastrio, dolor en flanco derecho, el signo de Mc Burney negativo y leucocitos dentro de rangos normales son factores que se deben tener en cuenta para prevenir AN¹².

Boonstra P. y col en su estudio trabajaron con 228 pacientes que fueron tratados por AA en el año 2008, de los cuales el 43% tuvieron exámenes auxiliares de imágenes y en el 2011, 238 fueron tratados con un 99% de los casos en los que se obtuvieron resultados de imágenes. Concluyen que el incremento de solicitar imágenes preoperatorias en pacientes con sospecha de AA resultó ser efectiva para tener menos porcentaje de AN. Teniéndose como resultado una disminución en pacientes con AN que se evidencia por una reducción de 19% en el 2008 a 5 % en 2011¹³.

Rojas C. en su investigación evidencia que la edad promedio de presentación de esta patología fue 31 años, siendo la AA supurada o flemonosa la más comúnmente hallada (40%). El departamento de Junín ocupa el tercer lugar en la distribución de las tasas de AA complicada con peritonitis generalizada en el año 2010 y el sexto lugar en el año 2011. Teniendo muertes de 310, 315 y 317 pacientes con diagnóstico de apendicitis no complicada en los años 2009, 2010 y 2011 respectivamente, siendo esta cifra menor en los casos de apendicitis complicadas¹.

Barrientos S. realizó una revisión retrospectiva del registro de altas del servicio de cirugía mujeres incluyendo a 128 pacientes pos operadas de AA, dividiendo la población en 3 grupos de 15 – 29 años (46.87%) con un promedio de hospitalización de 3.8 días, 30 – 59 años (43.75%) con 4.83 días y de 60 a más años (9.37%) un promedio de 8.83 días.

Con el resultado de que las pacientes de 60 años a más permanecen hospitalizadas en proporción de 2:1 (días) ante las menores de 30 años¹⁴.

Alarcón E. y col en su investigación de tipo correlacional incluyeron 315 pacientes diagnosticados con AA por los datos clínicos como los de laboratorio con los resultados anatómo-patológicos. Concluyen que existen más casos de AA en el sexo masculino, con un rango entre 17 y 29 años. Existiendo un mínimo porcentaje (3.17%) de apéndices normales que en el sexo femenino representa el 60%¹⁵.

CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS

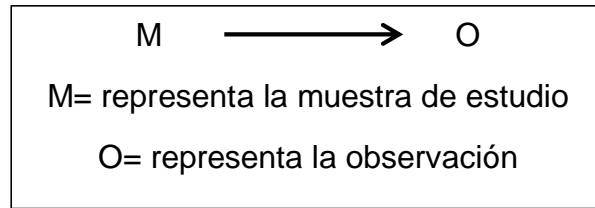
5.2. Tipo de investigación

Es un estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo ya que en la información recolectada no se modificará el entorno ni se modificará la variable, además de describirse la variable.

5.3. Nivel de investigación

Observacional, descriptivo, y retrospectivo

5.4. Diseño gráfico de investigación



5.5. Población

La población de estudio para la recolección de datos fueron todos los pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” quienes ingresaron con el diagnóstico de apendicitis aguda y fueron intervenidos quirúrgicamente, y un diagnóstico posoperatorio distinto a éste, durante los años 2015 – 2016, siendo en total 68 pacientes, excluyéndose 8 pacientes ya que no se encontró sus historias clínicas o están con datos incompletos.

5.6. Muestra

No se realizó muestreo, ya que se trabajó con datos del total de los pacientes cuyo diagnóstico posoperatorio es distinto a apendicitis aguda.

5.7. Tamaño de la muestra

No aplica.

5.8. Tipo de la muestra

No aplica.

5.9. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

8.8.1. Criterios de Inclusión

-Pacientes con diagnóstico postoperatorio distinto a apendicitis aguda, quienes ingresan con diagnóstico de apendicitis aguda.

-Reportes operatorios e historias clínicas con datos completos.

8.8.2. Criterios Exclusión:

-Pacientes con diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda.

8.8.3. Criterios de Eliminación:

- Reportes operatorios que no cuentan con datos completos.
- Historias clínicas con datos incompletos

5.10. Métodos y técnicas de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos del libro de reporte operatorio de cirugía mayor de sala de operaciones y de las historias clínicas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo. Posteriormente fueron vaciados a la ficha de datos.

5.11. Instrumentos de recolección de datos

Ficha de datos (Anexo 2).

5.12. Validez y confiabilidad del instrumentos de recolección de datos

La validación se hará mediante juicio de expertos (son investigadores registrados en CONCYTEC) y la confiabilidad del instrumento se determinó con la fórmula 20 de Kuder Richardson (KR20). El valor de KR20 fue de 0,6.

5.13. Procesamiento aplicación del instrumento

La ficha de recolección de datos se rellenará de acuerdo a los datos obtenidos del libro de reportes operatorios del hospital y las historias clínicas.

5.14. Procesamiento de datos obtenidos

Para la tabulación de datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2007. El procesamiento de datos se abordó mediante tabulación

descriptiva. Se elaboraron tablas de distribución de frecuencia y gráficos de barras.

5.15. Análisis estadístico descriptivo e inferencial

Se describirá y resumirá en tablas los datos obtenidos mediante este estudio.

5.16. Aspectos éticos de la investigación

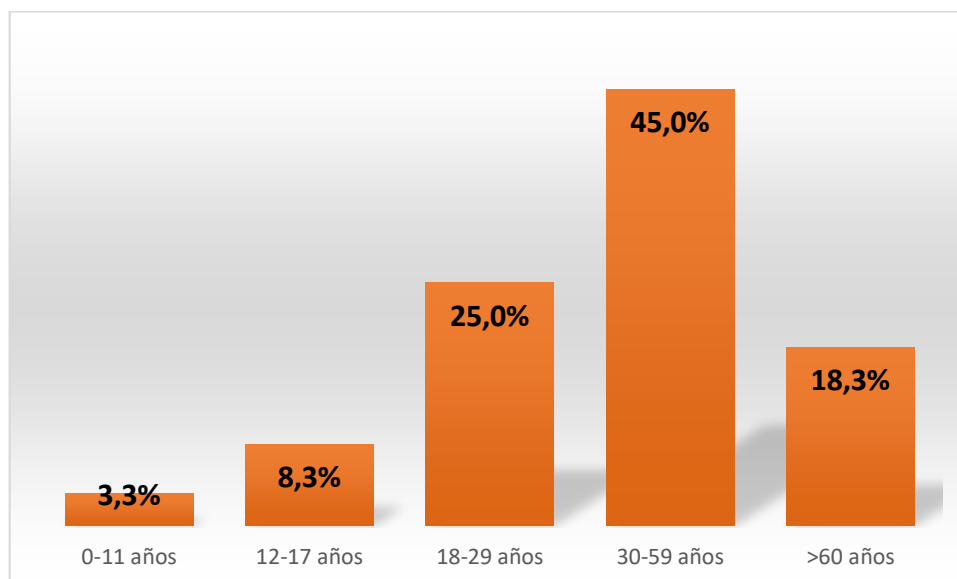
Al ser un estudio retrospectivo, se hará uso de reportes operatorios e historias clínicas, no siendo necesario el consentimiento informado.

CAPITULO III

RESULTADOS

El número total de apendicectomías que se realizaron en el hospital de estudio es de 1270 durante los años 2015 y 2016, encontrándose una prevalencia de apendicectomías negativas igual a 5,3% (68 pacientes), de los cuales se excluyeron 8 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión.

Gráfico N° 1: Distribución de pacientes según grupo etario con apendicectomías negativas en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2015-2016.



Fuente: Instrumento aplicado a historias clínicas

En el Gráfico N° 1, se muestra que el grupo etario donde se presentan mayor número de apendicectomías negativas es entre los 30-59 años de edad (45%). Teniendo una media de edad de 38 años.

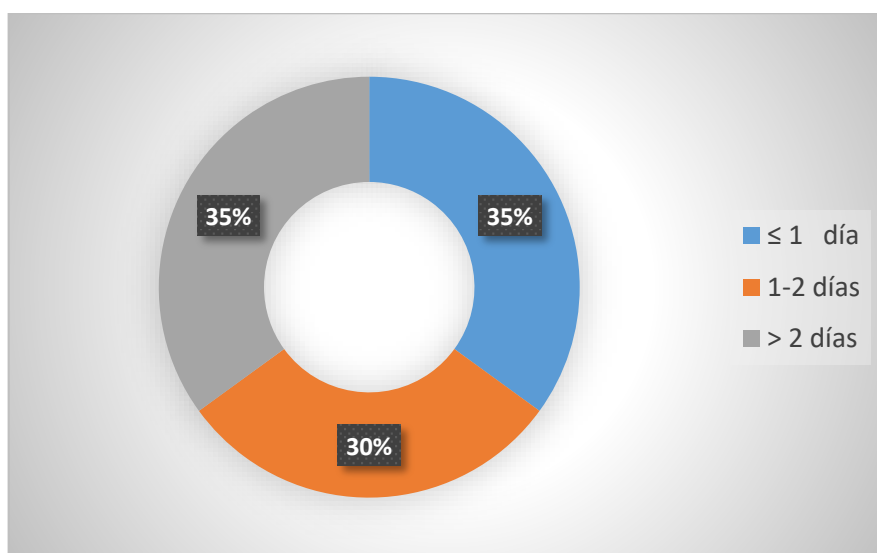
Tabla N° 1: Distribución de pacientes según sexo con apendicectomías negativas en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2015-2016.

SEXO	Nº	%
Femenino	52	86,7
Masculino	8	13,3
TOTAL	60	100

Fuente: Instrumento aplicado a historias clínicas

En la Tabla N° 1 se puede evidenciar el predominio del sexo femenino, representado el 86,7% del total de pacientes estudiados.

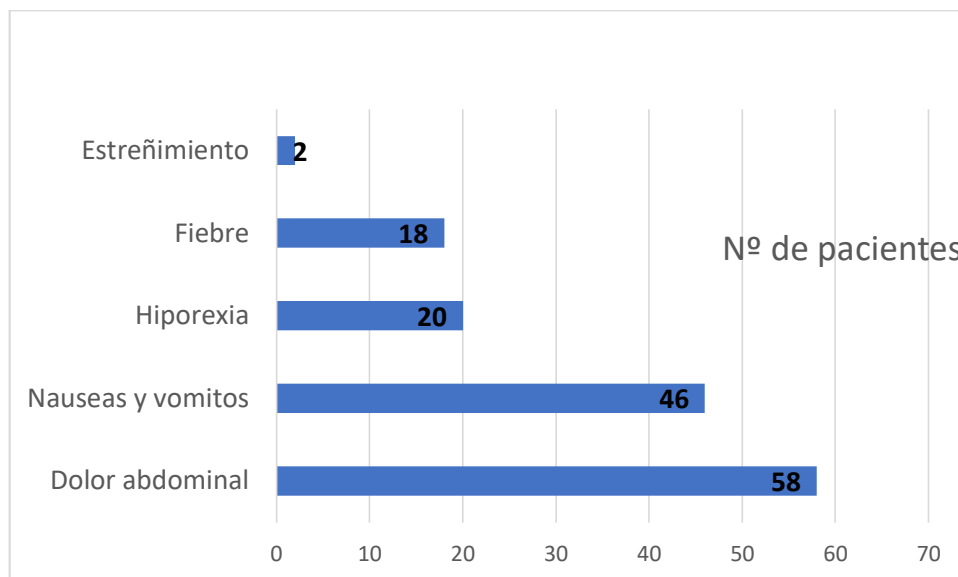
Gráfico N° 2: Tiempo de enfermedad de los pacientes con apendicectomías negativas en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2015-2016.



Fuente: Instrumento aplicado a historias clínicas

En el Gráfico N° 2 se muestra que el tiempo de enfermedad que presentan los pacientes con Apendicectomía negativa menores a un día y mayores a dos días son iguales (35%).

Gráfico N° 3: Síntomas que presentan los pacientes con apendicectomías negativas en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2015-2016.



Fuente: Instrumento aplicado a historias clínicas

En el Gráfico N°3 se observa los síntomas que presentan los pacientes con apendicectomías negativas, estando el dolor abdominal presente en 58 pacientes (96,7%), seguido por las náuseas y vómitos en 46 pacientes (76,7%).

Tabla N° 2: Causas de apendicectomías negativas en los pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2015-2016.

CAUSAS	Nº	%
Gineco Obstétricas	31	51,7
Abdominales	25	41,7
Apéndice SAS	4	6,7
TOTAL	60	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a historias clínicas

En la Tabla N° 2 se muestra que la mayor causa de apendicectomías negativas es de tipo gineco-obstétrico, representando el 51,7% seguido de causas abdominales (41,7%).

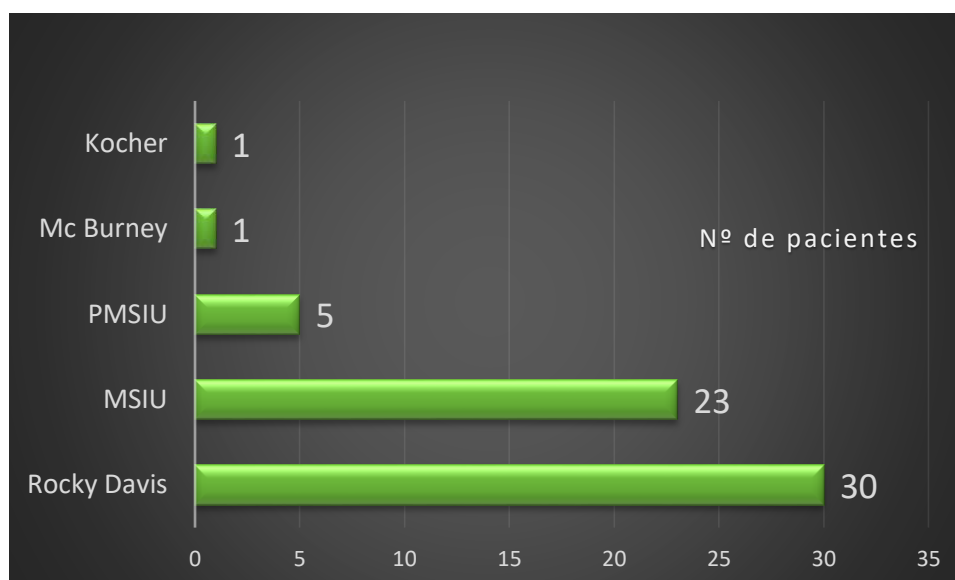
Tabla N° 3: Tiempo operatorio de los pacientes con apendicectomías negativas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2015-2016.

TIEMPO OPERATORIO	Nº	%
≤1hora	41	68,3
1-2horas	16	26,7
> 2 horas	3	5,0
TOTAL	60	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a historias clínicas

En la Tabla N° 3 se observa que el tiempo operatorio predominante que demoraron las operaciones de apendicectomías negativas es menor o igual a una hora (68,3%), seguido del tiempo de una a dos horas (26,7%).

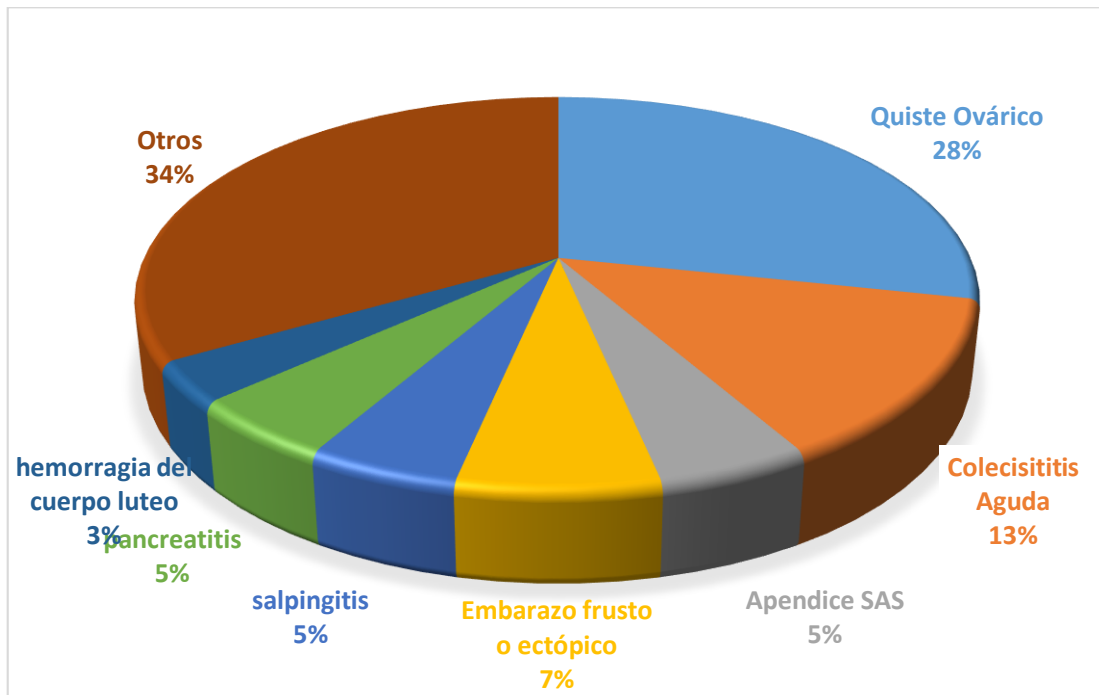
Gráfico N° 4: Tipo de incisión en los pacientes con apendicectomías negativas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2015-2016.



Fuente: Instrumento aplicado a historias clínicas

En el Gráfico N° 4 se muestra que el tipo de incisión más utilizado por los cirujanos es Rocky Davis (50%), seguido por la incisión mediana supra-infraumbilical (38,3%).

Gráfico N° 5: Diagnósticos pos operatorios de los pacientes con apendicectomías negativas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2015-2016.



Fuente: Instrumento aplicado a historias clínicas

En el Gráfico N° 5 se observa que el diagnóstico pos operatorio con mayor porcentaje de las apendicectomías negativas es el quiste ovárico derecho presentado en 17 pacientes (28,3%) seguido por colecistitis aguda (13,3%).

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Durante los años 2015 y 2016 hubo 68 apendicectomías negativas en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” – Huancayo, representando una mínima incidencia en comparación con los resultados obtenidos en la investigación de Valle (2016)¹¹, en el cual se realizaron 31 apendicectomías negativas en un periodo de 4 meses con un porcentaje que oscila entre 15 – 20%.

El mayor porcentaje de apendicectomías negativas se presentó en el rango de edad de 30 a 59 años (45%) similar a la encontrada en el trabajo de Priale y col (2015)¹² donde la media de edad fue 33.4 +/- 17.6 años, con una edad mínima de 4 años y máxima de 85 años. Hay diferencia en cuanto al sexo femenino que predominó en nuestro estudio que representa el 86,7% y en el estudio antes señalado fue de 55,7%, por lo cual es necesario tener mayor cuidado en cuanto a las pacientes que acuden con cuadro similar a la AA, poniendo más énfasis en la anamnesis y en el examen físico, a su vez solicitar exámenes auxiliares como

son la tomografía o ecografía, para disminuir la incidencia de apendicectomías negativas en el sexo femenino.

El tiempo de enfermedad se dividió en tres rangos: menor o igual a 1 día, de 1 a 2 días y mayor de 2 días, que representan el 35, 30 y 35% respectivamente, similar a lo que encontró Valle (2015)¹¹ un tiempo de enfermedad de 48 a 72 horas, sugiriéndonos pensar en otras patologías.

El dolor abdominal de inicio en epigastrio con irradiación o inicio en fosa iliaca derecha estuvo presente en el 96,7% de los pacientes, náuseas y vómitos en 76,7%, la hiporexia en 66,7%, fiebre en 30%, y estreñimiento en 3%. Laurell y col (2013)¹⁶ encontraron que el dolor que se localiza en fosa iliaca derecha es un predictor fiable de AA y que en los casos en los que no se evidencia dolor en esa zona, es necesario considerar otros diagnósticos y apoyarse en exámenes auxiliares.

Dentro de las causas que produjeron el error diagnóstico se encuentra en primer lugar las gineco obstétricas con un 51, 7% seguida de las abdominales con un 41, 7% y apéndices cecales sin características significativas en un 6,7%, que coinciden con el estudio de Prialé (2015)¹² quien refiere que las patologías más frecuentes implicadas en una AN son las de causa ginecológica (53,6%) seguida de enfermedad diverticular complicada (14,3%).

El tiempo operatorio predominante fue menor o igual a una hora (68,3%), coincidiendo a lo encontrado por Mosquera y col (2012)¹⁷ con una media del tiempo quirúrgico que fue de 58,53 minutos con la técnica laparoscópica y de 33,73 minutos con la abierta.

El tipo de incisión que se utilizó en la mitad de los pacientes fue la de Rocky Davis similar a lo encontrado por Orellana (2015)¹⁸ quien refiere que la incisión transversa se realizó en 79,3% (461 pacientes) y la de menor frecuencia fue la incisión transumbilical con 0.3% (2 pacientes).

El 100% de las apendicectomías fue de tipo abierta convencional en nuestro estudio, y Sauerland y col (2010)¹⁹ refieren que las apendicectomías laparoscópicas tienen ventajas sobre las convencionales respecto a la reducción del riesgo de infección de la herida, del dolor posoperatorio, de la estancia hospitalaria (-1 día) y un retorno más rápido a las actividades.

El quiste de ovario es el error diagnóstico más común en mujeres jóvenes representando el 28, 3% similar a lo encontrado en la investigación de Seetahal y col (2011)²⁰, quienes refieren que la diverticulitis es el error más común en los varones difiriendo de nuestro estudio ya que solo se encontró un caso de diverticulitis en el sexo femenino.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. La Apendicectomía negativa tiene una baja incidencia (5,3%) en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión De Huancayo.
2. El sexo femenino es el que predomina en las apendicectomías negativas con un porcentaje de 86,7%, por lo que se debe realizar mayor énfasis en cuanto a la anamnesis y examen físico.
3. Las causas gineco obstétricas son las que predominan en los casos de apendicectomías negativas (51,7%), siendo el quiste de ovario derecho el diagnóstico postoperatorio más común (28%).

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- En pacientes de sexo femenino investigar de manera más precisa la anamnesis y realizar el examen físico para disminuir los errores diagnósticos, teniendo en cuenta los distintos diagnósticos diferenciales de acuerdo al grupo etario y sexo.
- Cuando se tenga duda en cuanto al diagnóstico de apendicitis aguda solicitar exámenes auxiliares (tomografía o ecografía) que en muchos casos puede disminuir los casos de apendicectomías negativas.
- Todas las muestras de las apéndices cecales deben ser enviadas a anatomía patológica, puesto que durante los años de estudio se entregaban a los familiares, para que ellos lo lleven a algún laboratorio, motivo por el cual no se cuenta con resultados de anatomía patológica de los pacientes en estudio.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rojas C. Epidemiología de la apendicitis aguda en el Perú 2009 – 2011 [Tesis].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
2. Base de datos nacional de Egresos Hospitalarios [Internet]. Lima: Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática, Perú 2009 – 2011. [fecha de acceso: 03 enero del 2017]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2742/doc-E3.pdf>
3. Advíncula M. Correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis a en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú entre setiembre 2014 – setiembre 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2015
4. Vargas-Machuca C. Utilidad de la ecografía en el diagnóstico de la apendicitis aguda [tesis] Madrid: Universidad Complutense; <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0078201.pdf>
5. Motta G, Méndez E, Martínez M, Bastida J, Aragón M, Garrido G, Meza J. Apendicitis atípica en adultos [internet]. Abril 2014[Fecha de acceso 10 de enero del 2017]; 13(2):144. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2014/arm142j.pdf>

6. Padrón G. experiencia con el ultrasonido para el diagnóstico de la apendicitis aguda en un hospital de segundo nivel de atención. [Internet] Abril 2015 [fecha de acceso 12 de enero del 2017]; 8(30):16. Disponible en: [Http://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/30/03/02.pdf](http://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/30/03/02.pdf)
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0078201.pdf>
7. Zuñiga S, Banegas V. Pseudoapendicitis aguda. En: XI Congreso Médico Centroamericano. Guatemala;1963.
8. Caguana J. Correlación entre el diagnóstico clínico de apendicitis aguda atípica frente al diagnóstico radiológico en pacientes atendidos en el hospital Provincial Docente Ambato [Tesis]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2014
9. Velázquez J, Godínez C, Vázquez M. Evaluación prospectiva de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda [Internet] Enero 2010 [Fecha de acceso: 14 de enero del 2017]; 32(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg101c.pdf>
10. de Quesada L, Pelayo I, González C. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda [Internet] 2015 [Fecha de acceso: 14 de enero del 2017]; 54(2):123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004
11. Valle R. Factores asociados a Apendicectomía Negativa en pacientes atendidos en el Hospital San José del Callao, Agosto – noviembre 2015 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma;2015
12. Prialé G, Mayta P. Factores asociados a apendicectomías negativas en una clínica privada de Lima-Perú [tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2015
13. Boonstra P, Van Veen R, Stockmann H. Less negative appendectomies due to imaging in patients with suspected appendicitis [Internet]. Agosto 2015 [Fecha de acceso: 13 de enero del 2017]; 29(8): 2365-2370. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25475515>

14. Barrientos S. Post operadas por apendicitis aguda: relación entre número de días de hospitalización y grupo etario. *Revista Científica de la Facultad de Medicina Humana*. 2013; 4:1.
15. Alarcón E, Bustamante K. 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 entre periodo de mayo del 2012 a febrero del 2013 [tesis]. Ecuador: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; 2013.
16. Laurell H, Hansson L, Gunnarsson U. Manifestations of acute appendicitis: a prospective study on acute abdominal pain. [Internet] 2013 [Fecha de acceso: 15 de marzo del 2017]; 30(3):198-206. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23838773>
17. Mosquera M, Kadamani A, Pacheco M, Villarreal R, Ayala J, Fajardo L, y col. Apendicectomía laparoscópica versus abierta: comparables. [Internet] Abril 2012 [Fecha de acceso: 15 de marzo del 2017]; 27(121-128). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n2/v27n2a4.pdf>
18. Orellana R. Hallazgos clínico-quirúrgicos de la apendicitis aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante enero – mayo del 2015 [tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma de Lima; 2016.
19. Sauerland S, Jaschinski T, Neugebauer E. Laparoscopia versus cirugía abierta para la apendicitis presuntiva. [Internet] Octubre 2010 [Fecha de acceso: 16 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD001546/laparoscopia-versus-cirugia-abierta-para-la-apendicitis-presuntiva>
20. Seetahal A, Bolorunduro O, Sookdeo T, Oyetunji T, Greene W, et al. Negative appendectomy: a 10-year review of a nationally representative sample. [Internet] 2011 [Fecha de acceso: 16 de marzo del 2017]; 201 (433-437). Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-asociados-aapendicectomas-negativas-enuna-clinica-privada-de-limaper.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NATURALEZA	DIMENSION	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES Y VALORES
Apendicectomías negativas	Independiente	Apendicectomías cuyos hallazgos macroscópicos revelan apéndices normales.	Diagnóstico post operatorio	Cualitativa	Reporte operatorio	Nominal	Apéndice normal
Edad	Dependiente	Años de vida que ha tenido la paciente desde su nacimiento hasta el día del acto quirúrgico.	Rango de edad al cual pertenece el individuo	Cuantitativa	0-11 años 12-17 años 18-29 años 30-59 años >60 años	De razón	Porcentaje de individuos perteneciente a cada grupo etario
Sexo	Dependiente	Condición orgánica, masculina o femenina, basada en la presencia de gónadas	Pertenencia al sexo biológico Masculino o Femenino	Cualitativa	Femenino Masculino	Nominal	Porcentaje de individuos perteneciente a cada sexo
Tiempo de enfermedad	Dependiente	Tiempo que ha transcurrido desde el inicio de la enfermedad actual, hasta haber recibido atención de emergencia.	Cantidad de horas transcurridas desde el inicio de los síntomas de enfermedad actual hasta la llegada a emergencia	Cuantitativa	≤ 1 días 1-2 días >2 días	Intervalo	Número de días
Síntomas	Dependiente	Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.	Molestias que refiere el paciente en el servicio de emergencia	Cualitativa	Dolor abdominal Náuseas y vómitos Fiebre Hiporexia Estreñimiento	Nominal	Porcentaje de síntomas que presenta cada paciente
Causas	Dependiente	Cosa a la que se debe que ocurra otra cosa determinada	Patologías que se diagnosticaron como AA.	Cualitativa	Abdominales, ginecológicas y otros	Nominal	Porcentaje de individuos perteneciente a cada tipo de causa de apendicetomía negativa

Tiempo operatorio	Dependiente		Duración del acto quirúrgico	Cuantitativa	≤1 hora 1-2 horas >2 horas	Intervalo	
Tipo de incisión	Dependiente	Tipo de corte a nivel de una capa tisular.	Tipo de corte realizado en el paciente que ingresa con diagnóstico de apendicitis aguda	Cualitativa	Rocky Davis, mediana infra y/o supraumbilical, transversa	Nominal	Incisión que se usó para la operación
Diagnostico final	Dependiente	Diagnóstico postoperatorio.	Diagnóstico de alta con el que el paciente egresa de hospitalización	Cualitativa	Quiste ovárico, colecistitis,	Nominal	

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Apendicectomías negativas en pacientes de un Hospital Regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.

01. N° de Ficha: _____ 02. Historia Clínica: _____ 03. Fecha: _____

04. Paciente: _____

05. Edad: _____ 06. Sexo: F () M()

07. Tiempo de enfermedad: a) 1 día SI() NO()
b) 2 días SI() NO()
c) >2 días SI() NO()

08. Síntomas: a. Hiporexia SI() NO()
b. Dolor en fosa iliaca derecha SI() NO()
c. Fiebre SI() NO()
d. Estreñimiento SI() NO()

09. Causa del diagnóstico de apendicetomía negativa:

a. Enfermedad abdominal SI() NO()
b. Gineco-Obstétrica SI() NO()
c. Apéndice sin hallazgos significativos SI() NO()

10. Tiempo operatorio: a) ≤1 hora SI() NO()
b) 1-2 horas SI() NO()
c) >2 horas SI() NO()

11. Tipo de incisión: a) Rocky Davis SI() NO()
b) Mediana supra y/o infraumbilical SI() NO()
c) Paramediana supra y/o infraumbilical SI() NO()
d) Mc Burney SI() NO()
e) Kocher SI() NO()

12. Diagnóstico postoperatorio: a) Quiste ovárico derecho SI() NO()
b) Colecistitis aguda SI() NO()
c) Apéndice sin hallazgos significativos SI() NO()
d) Embarazo frustrado o ectópico SI() NO()
e) Otros SI() NO()

13. Hallazgos operatorios: _____

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	DISEÑO ESTADISTICO	POBLACION Y MUESTRA	INSTRUMENTO
GENERAL	GENERAL	INDEPENDIENTE	Es un estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo ya que en la información recolectada no se modificará el entorno ni la variable, además de describirse la variable.	Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenarán y procesarán en una computadora personal, valiéndonos del programa Excel. Se estudiarán las variables obtenidas en la consolidación, se procesará estadísticamente.	Todos los pacientes con apendicectomías negativas en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión” durante el periodo 2015 – 2016.	Para la recolección de datos se utilizó la ficha de recolección de datos.
¿Cuáles son las características de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?	Identificar las características de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.	Características de las apendicectomías negativas				
ESPECIFICOS	ESPECIFICOS	DEPENDIENTE				
¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes con apendicectomías negativas en un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?	Determinar las características sociodemográficas en pacientes con apendicectomías negativas en un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Características sociodemográficas • Tiempo de enfermedad • Síntomas • Características quirúrgicas • Patologías 				
¿Cuál es el tiempo de enfermedad de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?	Determinar el tiempo de enfermedad de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.					
¿Cuáles son los síntomas que presentan los pacientes con apendicectomías negativas de un hospital	Identificar los síntomas que presentan los pacientes con apendicectomías negativas de un hospital					

regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?	regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.					
¿Cuáles son las causas de las apendicectomías negativas de pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?	Determinar las causas de las apendicectomías negativas de pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016					
¿Cuáles son las características quirúrgicas de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?	Identificar las características quirúrgicas de las apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016.					
¿Cuáles son las principales patologías que causan apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016?	Mencionar cuales son las principales patologías que causan apendicectomías negativas en pacientes mujeres de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 – 2016					