

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

Facultad De Medicina Humana

“RAFAEL DONAYRE ROJAS”



Título

**APENDICITIS AGUDA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ADULTO JOVEN
Y ADULTO MAYOR. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. 2014**

Tesis para OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller

JOSE LUIS, RUIZ DEL AGUILA

Asesor

DR. ABDÍAS SÓCRATES, MUÑOZ TORREJÓN

REGION LORETO

IQUITOS-PERU

2015

CONTENIDO

Índice de contenido.....	II
Lista de tablas.....	V
Lista de gráficos.....	VI
Página de dedicatoria.....	VII
Página de reconocimiento.....	VIII
Resumen.....	IX

Capítulo I

Introducción.....	12
1.1. Problemas de investigación.....	14
1.1.1. Justificación.....	16
1.2. Objetivos.....	17

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes.....	16
2.2. Bases teórico científicas.....	20
2.2.1. Consideraciones anatómicas.....	21
2.2.2. Etiología.....	21
2.2.3. Fisiopatología.....	22
2.2.4. Diagnostico.....	23
2.2.5. Laboratorio.....	23

2.2.6. Tratamiento.....	24
2.3. Términos operacionales.....	25
2.4. Hipótesis.....	29

Capítulo III

Metodología

3.1. Tipo de investigación y diseño metodológico.....	31
3.2. Población y muestra.....	31
3.2.1. Población de estudio.....	31
3.2.2. Marco muestral.....	31
3.2.2.1. Tamaño de muestra.....	31
3.2.3. Lugar de estudio.....	32
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	32
3.4. Técnicas e instrumentos.....	32
3.4.1. Técnica.....	32
3.4.2. Instrumentos.....	33
3.5. Procedimientos de recolección de datos.....	33
3.6. Protección de los derechos humanos.....	33

Capítulo IV

4.1 Resultados.....	38
4.1.1. Pacientes con diagnóstico de apendicitis según edad mayor de 60 años.....	38

4.1.2. Pacientes con Diagnóstico de Apendicitis según sexo.....	39
4.1.3. Pacientes con diagnóstico de apendicitis según lugar de procedencia.....	40
4.1.4. Pacientes con diagnóstico de apendicitis por Adulto joven/ Adulto Mayor según días de hospitalización.....	42
4.1.5. Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y comorbilidad.....	44
4.1.6. Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y cuadro clínico.....	45
4.1.7. Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y por Hallazgos quirúrgicos.....	49
4.2 .Discusión.....	51
4.3. Conclusiones.....	54
4.4 Recomendaciones.....	56
Referencias	
bibliográficas.....	57
Anexos.....	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 01: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según lugar de Procedencia.	
Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	40
Tabla 02: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y comorbilidad.	
Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	44
Tabla 03: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y cuadro clínico/escala de Alvarado. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	45
Tabla 04: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y Signos sugestivos de apendicitis. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	47
Tabla 05: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y por Hallazgos quirúrgicos. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	49
Tabla 06: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y por complicaciones. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

Grafica 01: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad Mayor de 60 años. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	38
Grafica 02: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según sexo. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	39
Grafica 03: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según zona de procedencia. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	41
Grafica 04: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis por Adulto joven/ Adulto Mayor según días de Hospitalización. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	42
Grafica 05: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis por lugar donde inicio el dolor. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	46
Grafica 06: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis por tipo de dolor. Hospital Regional de Loreto. Año 2013-2014.....	48

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por permitirme llegar este momento tan especial en mi vida, y por darme siempre la fuerza para superar los obstáculos y dificultades a lo largo de mi carrera.

A mi madre por ser el pilar más importante en mi vida y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional, por enseñarme a nunca rendirme de nada y siempre perseverar.

A mi amigo el Dr. Rvdo. Raymond Portelli por ser partícipe de mi sueño, enseñándome la vocación de servicio y amar a mi prójimo.

A mis profesores por guiarme de diferentes maneras en este proceso de aprendizaje.

AGRADECIMIENTO

A lo largo de nuestra carrera universitaria y luego de años de sacrificio y esfuerzo, llegamos finalmente a una nueva etapa de nuestras vidas, en la que podemos ejercer los conocimientos que nuestros estimados docentes han sabido impartir, sumado a los valores humanos y demostrados a cada paciente, que buscan el nosotros mejorar su salud física y espiritual.

Al Dr. Abdías Sócrates Muñoz Torrejón asesor de esta tesis por guiarme y ayudarme en la realización de este trabajo

Al Hospital Regional de Loreto por facilitar la realización de este trabajo

RESUMEN

La patología quirúrgica más frecuente es la apendicitis aguda constituyendo casi el 60% de las causas de atención quirúrgica en los diferentes servicios de emergencia. Siendo la presentación clínica tanto en el adulto mayor diferente a la del adulto joven, que afecta la incidencia de morbi-mortalidad del adulto mayor.

Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo con 161 pacientes intervenidos en el Hospital Regional de Loreto en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre del 2014. Resultados: Los pacientes adultos mayores representaron el 14% de la población total de pacientes con apendicitis aguda. Los adultos mayores presentaron una media de 68 años de edad (DS 7 años, IC 63 - 72 años), hubo predominio del sexo masculino, el 55% del total de pacientes, la comorbilidad predominante fue la hipertensión arterial sistémica en ambos grupos, presentándose en el 17.5% de los adultos mayores, como hallazgo quirúrgico el mayor porcentaje correspondió a apéndice en fase gangrenosa, con un 63.5% en pacientes menores de 60 años y con un 58.8% en pacientes mayores de 60 años.

Conclusiones: En la muestra tomada se puede evidenciar el predominio del sexo masculino, la mayoría de los pacientes fueron de zona urbana, el tiempo de enfermedad antes del ingreso fue mayor en el adulto mayor, en la estancia hospitalaria no hubo diferencia significativa, no hubo diferencias significativas en ambos grupos en cuanto a comorbilidades, no hubo diferencia estadística entre los hallazgos quirúrgicos, pacientes mayores de 60 años tienen en general 6 veces más riesgos de presentar complicaciones.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En el año 2002 la Organización de Naciones Unidas anunciaba que a mediados del siglo XXI la población de la tercera edad superaría a los jóvenes.

En el año 2002 el informe de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento anunciaba que a mediados del siglo XXI, por primera vez en la historia de la humanidad, la población de la tercera edad superaría a la de los jóvenes (1). A principios de este siglo existían en el mundo 629 000 000 de personas de la llamada tercera edad, o sea, con más de 60 años. En el 2025 se estima que la cifra llegará a 2 000 000 000.

La realidad es que ningún país puede desconocer ya entre sus políticas el fenómeno del envejecimiento. Este proceso tiene y tendrá consecuencias directas sobre los sistemas de salud y atención médica. Otro aspecto que se deberá tener en cuenta es el aumento de la esperanza de vida geriátrica, con 19.5 años para los hombres y 21.1 para las mujeres que alcancen los 60 años. (1; 2)

Si bien la apendicitis típicamente se presenta en el segundo y tercer decenios de la vida, casi 5 a 10% de los casos se manifiestan a edad avanzada. En los adultos mayores, esta enfermedad ha aumentado en los últimos decenios. La inflamación del apéndice contribuye a 2.5 a 5% de las enfermedades abdominales agudas en personas de más de 60 a 70 años de edad. La tasa de mortalidad global por

apendicitis es de sólo 0.8%, pero la vasta mayoría de las muertes se presenta en los muy jóvenes y en los adultos mayores.

El envejecimiento de la población tiene claras consecuencias en la práctica quirúrgica. El perfil clínico del paciente adulto mayor es variable, por las manifestaciones atípicas o incompletas de la enfermedad, la frecuente asociación de patología agregada; el mayor riesgo de morbimortalidad postoperatoria, sobre todo en cirugía de urgencia; el tiempo más prolongado de recuperación postquirúrgica, con estadías hospitalarias más largas.

En los adultos mayores, las dificultades en el diagnóstico vienen dadas por una sintomatología atípica. La clínica es más atenuada, el dolor es poco intenso y a menudo no hay fiebre ni leucocitosis.

La presencia de algunas condiciones y enfermedades crónicas coexistentes ha sido enunciada como un factor que dificulta o retrasa el diagnóstico de apendicitis, debido a que los signos y síntomas clásicos, suelen ser enmascarados por otros, propios de la condición o enfermedad crónica o porque estas otras producen algún grado de inmunosupresión que hace a los pacientes menos sintomáticos. En los pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia renal o cirrosis hepática, la respuesta inmune disminuida, alteran el cuadro clínico clásico y la evolución natural de la enfermedad, ocasionando mayor predisposición a padecer complicaciones postoperatorias (3).

1.1 Planteamiento Del Problema:

El dolor abdominal agudo es un síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal intenso, asociado a otros signos y síntomas. A cualquier edad, el pronóstico dependerá de la etiología y de la rapidez con que se instaure un tratamiento adecuado. Cuando se discute la cirugía del anciano obviamente aparecen las barreras cronológicas y biológicas. El deterioro biológico, así como la depresión de los elementos del proceso inmune, son algunos de los factores que pudieran influir desfavorablemente en la evolución de estos pacientes (4; 5)

La mortalidad global fue de 1.6%, siendo en el grupo de mayores de 60 años de 5.13%, y en menores de 60 años de 0.47 %. En los mayores de 60 las principales causas de abdomen agudo quirúrgico son: obstrucción intestinal, enfermedades de vías biliares y apendicitis; y en los menores fueron: apendicitis aguda, enfermedades de vías biliares y obstrucción intestinal (6)

La apendicitis aguda es una enfermedad que se presenta generalmente en pacientes jóvenes, disminuyendo su frecuencia en forma importante a partir de los 50 años de edad (4; 5)

Son precisamente los pacientes de las edades extremas de la vida y en especial los ancianos, los que mayor mortalidad aportan en esta enfermedad, esto se debe principalmente al retraso en el tratamiento, aunque sin dudas las

enfermedades concomitantes y la disminución de las reservas fisiológicas propias del envejecimiento desempeñan también su papel.

El retardo en el tratamiento, es motivado por lo difícil que puede resultar hacer el diagnóstico de un cuadro apendicular agudo, cuando los pacientes pertenecen a la tercera edad; en éstos, los síntomas clásicos de la enfermedad suelen ser menos notables que en el adulto joven, la exploración física brinda pocos datos en presencia de enfermedad grave, además de que algunos ancianos que llegan con cuadros de peritonitis grave, con frecuencia niegan síntomas agudos previos (7).

Se considera que a esta edad existen factores locales que favorecen la perforación temprana del apéndice cecal, como son, los trastornos circulatorios y la debilidad estructural de la pared del órgano (5; 7).

Aunque todos estos factores pueden desempeñar su papel, es el retraso en la llegada del paciente a la sala de operaciones lo que definitivamente influye en su evolución. Como es lógico, es muy importante establecer un diagnóstico oportuno, lo que es de especial relevancia para disminuir la morbilidad en este grupo de pacientes (8; 6).

1.1.1 Justificación:

Debido a que esta enfermedad es urgencia quirúrgica, teniendo en cuenta que su frecuencia y la tasa de mortalidad es cada vez mayor en el adulto mayor, nos es necesario su estudio, para la aportación de la información acerca de su presentación clínica en estos grupos etarios de nuestra localidad, y poder compararlo con la presentación clínica del joven, con el fin de obtener un diagnóstico más certero y oportuno de esta patología.

Así mismo, se pretende reafirmar en cuanto a las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con apendicitis aguda en el adulto. La variabilidad del cuadro clínico del paciente adulto mayor con apendicitis aguda, conlleva a su difícil diagnóstico, por lo cual este estudio pretende dar a conocer cómo se presentan estos casos.

Es importante determinar cuáles con las diferencias entre clínicas y de laboratorio entre el adulto joven y adulto mayor, ya que permitirá un abordaje oportuno de esta patología en el adulto mayor, y de esta forma reducir la morbi-mortalidad en el servicio de emergencias del HRL

1.2 Objetivos:

1.2.1 Objetivo principal:

- Comparación entre adulto joven y adulto mayor con diagnóstico de apendicitis, en el HRL 2014.

1.2.2 Objetivos secundarios:

- Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con apendicitis aguda. en el adulto joven y en el adulto mayor, en el HRL 2014
- Determinar las características clínicas en ambos grupos en el adulto joven y en el adulto mayor, en el HRL 2014
- Identificar las comorbilidades asociadas al mal pronóstico de los pacientes con apendicitis aguda, en el adulto joven y en el adulto mayor, en el HRL 2014

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes

Chian y colaboradores (1996) en su trabajo titulado Apendicitis aguda en el paciente senil: Factores asociados a una mayor morbimortalidad postoperatoria, en los servicios de Emergencia y Cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima asoció a una mayor frecuencia de complicaciones postoperatoria: edad mayor o igual a 70 años, tiempo de enfermedad mayor de 48 horas, presencia de apendicitis perforada con peritonitis localizada o generalizada asociada significativamente a la presencia de absceso residual e infección de herida operatoria.

BARBOZA Eduardo. En el año 2004 publicó un estudio acerca de la anatomía y fisiología de los pacientes mayores de 60 años con abdomen agudo.

CHAVEZ Julio y ORTIZ Pedro, El año 2001 publicó un estudio comparativo y prospectivo realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia a pacientes mayores de 60 años y menores de 60 años hospitalizado en los servicios de cirugía con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.

MUÑIZ Moisés, NÚÑEZ Luis y LÓPEZ Carlos. México 2007. Publicaron un artículo original sobre abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico donde determinaron que el paciente geriátrico tenía una alta mortalidad debido a las

patologías previas y a la misma constitución anatómica y fisiológica propia de la edad.

2.2. Bases Teórico Científicas

La apendicitis aguda constituye la causa más común de abdomen agudo que se presenta generalmente en los jóvenes, disminuyendo su frecuencia de forma importante a partir de los 50 años de edad. En los jóvenes, habitualmente el diagnóstico no presenta dificultades, mientras que en los niños y ancianos el diagnóstico suele ser tardío debido principalmente a la presentación insidiosa de los síntomas típicos. La proporción de pacientes ancianos ha aumentado en las últimas décadas, al mismo tiempo, cada vez son más frecuentes los casos de apendicitis aguda en pacientes mayores de 70 años y éstos, por sus especiales características, llegan frecuentemente en avanzada fase de enfermedad al momento de la cirugía. (9)

2.2.1. Consideraciones Anatómicas:

Embriología

El apéndice vermiforme es derivado del intestino medio junto con el intestino delgado, el ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del colon transverso; todas estas estructuras a su vez irrigadas por la arteria mesentérica superior. Es visible en la octava semana de gestación y los primeros acúmulos de tejido linfoide se desarrollan durante la semana catorce y quince de gestación. (10)

Anatomía

El apéndice en el adulto es de forma tubular ciega, de aproximadamente 9 cm de longitud, variando desde formas cortas de 5 cm hasta formas largas de 35 cm. El apéndice posee un pequeño mesenterio que contiene la arteria apendicular en su borde libre. La base del apéndice recibe también aporte sanguíneo de las arterias cólicas anterior y posterior. La arteria apendicular es usualmente descrita como rama de la arteria ileocólica. (10)

2.2.2. Etiología

La apendicitis aguda es un proceso secundario a la obstrucción de la luz del apéndice (Fecalito, alimentos, sustancias de contraste como el Bario e hiperplasia de los folículos linfoides). La obstrucción y acumulación de moco distienden el órgano con la consecuente hiperemia pasiva, edema, hemorragia y eventualmente isquemia. La obstrucción estimula la proliferación y la virulencia de gérmenes que invaden la pared y causan necrosis gangrenosa y por licuefacción.

Los fecalitos o apendicolitos resultan de la acumulación de materia fecal y sales inorgánicas en el lumen, son una causa frecuente de obstrucción y están presentes en 11% de los pacientes con apendicitis aguda. Hasta 7% de la población general se ve afectada por esta patología. La mayor incidencia se encuentra entre 7 y 30 años de edad, es infrecuente en menores de 5 y mayores de 50 años pero tiene mayor mortalidad por dificultad diagnóstica y baja respuesta inmunológica. (11)

2.2.3. Fisiopatología

La fase inicial de la apendicitis aguda se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfóide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños, esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de la presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. En esta fase el apéndice se encuentra edematoso y desencadena una isquemia. La isquemia a la que se somete el apéndice genera necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local. (10)

2.2.4. Diagnostico

Clínico

Clásicamente el dolor es descrito de instauración aguda y localizada inicialmente a nivel epigástrico o periumbilical, posteriormente con el paso de las horas el dolor migra a la fosa iliaca derecha donde aumenta en intensidad, sin embargo esto ocurre en 50 a 60% de los casos.

Anorexia y Nausea acompañan frecuentemente al dolor abdominal, el vómito puede presentarse pero rara vez se presenta antes de la instauración del dolor. La temperatura es un mal predictor de apendicitis, sin embargo la presencia de fiebre marcada y taquicardia advierten la posibilidad de perforación y formación de un absceso intra-abdominal. (10)

Radiología

El ultrasonido (US) y la tomografía abdominal (TAC) han sido comparadas en los últimos años con el de afinar el diagnóstico de la apendicitis aguda. El TAC ha demostrado una especificidad y sensibilidad de 94%. El ultrasonido demostró una especificidad de 88%. (10)

2.2.5. Laboratorio

La mayoría de los pacientes cuentan con un hemograma previo a la realización de la cirugía como parte de los estudios básicos, se observa muy frecuentemente leucocitosis entre 12 000 y 18 000 mm³. (10)

2.2.6. Tratamiento

El tratamiento de la apendicitis aguda se basa en la resucitación inicial del paciente y tratamiento definitivo. Al momento del diagnóstico el paciente usualmente se encuentra deshidratado y puede estar febril, acidótico y séptico. Por ello el médico debe preocuparse inicialmente por la administración de fluidos endovenosos y antibióticos preoperatorios. Debe elegirse un antibiótico que sea efectivo contra la flora bacteriana encontrada en el apéndice, correspondiente principalmente a microorganismos anaerobios así como bacterias gramnegativas. El uso de antibióticos preoperatoriamente está firmemente justificado, pues disminuye complicación postquirúrgicas como la infección de la herida quirúrgica y formación de abscesos intraabdominales. En caso de apendicitis aguda no perforada se ha utilizado una triple asociación antibiótica con ampicilina, gentamicina y metronidazol/Clindamicina. (10)

2.3 Definiciones operacionales:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES Y VALORES
Sexo	Cualitativa	Sexo manifestado por el encuestado.	Nominal Dicotómica	Masculino = 1 Femenino = 2
Edad	Cuantitativa	Años de vida que ha tenido el encuestado desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	De razón	-
Procedencia	Cuantitativa	Ciudad de la cual viene el participante	nominal	-
Fecha de ingreso al servicio	Cuantitativa	Fecha de ingreso al servicio	discreta	
Fecha de egreso del servicio	Cuantitativa	Fecha de egreso del servicio	discreta	

Fecha de ingreso a UCI	Cuantitativa	Fecha de ingreso a UCI	discreta	
Fecha de egreso de UCI	Cuantitativa	Fecha de egreso de UCI	discreta	
Tiempo de enfermedad antes de ingreso	Cuantitativa	Días de enfermedad antes de ingreso al servicio de emergencia	discreta	-
Tipo de intervención quirúrgica	Cualitativa	Según lo utilizado, laparoscópica o convencional	dicotómica	Laparoscópica Convencional
comorbilidades	Cualitativa	Enfermedades previas que trae el paciente al servicio de emergencias.	Nominal	HTA, DM, TBC, Malaria, cardiopatía
Puntuación de la escala de Alvarado	Cualitativa	Puntuación obtenida de la tabla de Alvarado.	discreta	

Situación del dolor al inicio de la enfermedad	Cualitativa	Dolor abdominal al inicio del cuadro clínico.	Nominal	Epigastrio, hipocondrio d/l, Fosa iliaca D/l
Situación del dolor al final de la enfermedad	Cualitativa	Dolor abdominal al final (antes de la operación) del cuadro clínico.	Nominal	Epigastrio, hipocondrio d/l, Fosa iliaca D/l
Tipo de dolor	Cualitativa	Característica del dolor a la anamnesis	Nominal	-
Signos positivos	Cualitativa	Signos encontrados durante la exploración física	Nominal	-mc burney, blumber, rovsing
Exámenes de laboratorio	Cuantitativa	Valor de los exámenes pre quirúrgicos	Continua	Leucocitos, abastoados, glucosa, creatinina, albumina, sedimento urinario

Tipo de apendicitis	Cualitativa	Referente a la definición quirúrgica de complicada o no complicada	Binomial	Complicada No complicada
Estadio de la apendicitis	Cualitativa	Estadio patológico en la cual se encuentra	Nominal	Supurada Flemonosa Gangrenada perforada
Peritonitis	Cualitativa	Tipo de peritonitis encontrada	Nominal	Focal Difusa generalizada
Complicaciones	Cualitativa	Patologías que se presentan durante la hospitalización	Nominal	Cardiovascular, renales, pulmonares, etc.
Estado al alta	Cualitativa	Vivo o muerto	binomial	Vivo o muerto

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis: Los adultos mayores se complican más que los jóvenes.

2.4.2. Hipótesis Nula: No hay diferencia en complicarse entre adultos jóvenes y mayores.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación y diseño metodológico del estudio:

- Estudio retrospectivo, transversal y analítico.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población de estudio

Población adulto y adulto mayor hospitalizado por apendicitis aguda del HRL en la ciudad de Iquitos.

3.2.2. Marco muestral

Pacientes hospitalizados en el Hospital regional de Loreto en el 2014, con el diagnóstico de Apendicitis aguda.

3.2.2.1. Tamaño de muestra

Según el parámetro de variabilidad del 10% con una prevalencia esperada de 50% se obtuvo una muestra de 97 pacientes, aumentando la muestra a un 10% más, por las pérdidas debido al mal llenado de las historias clínicas. Tenemos una muestra de 109 Pacientes

3.2.3. Lugar de estudio

La sede donde se llevara a cabo el estudio, es Hospital Regional de Loreto, año 2014 que se encuentra Ubicado en la Región Loreto, Provincia de Maynas, Distrito de Punchana perteneciente al Ministerio de Salud del Perú.

El Hospital Regional Loreto, es un establecimiento categorizado con nivel III-1 de atención.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Todo paciente con diagnóstico de apendicitis aguda que ingrese al servicio de cirugía de emergencias

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes con patología diferente a la de apendicitis aguda
- Historias clínicas no concordantes con el diagnóstico de apendicitis aguda

3.4. Técnicas e Instrumentos

3.4.1. Técnica

Se aplicó la técnica de encuesta para lo cual se elaboró un cuestionario que recogió los datos necesarios de las historias clínicas recopiladas.

3.4.2 Instrumentos

La fuente de recopilación de datos necesarios para el logro de los objetivos de la investigación fueron las historias médicas de pacientes adultos con apendicitis aguda intervenidos en el Hospital Regional de Loreto enero 2014 diciembre 2014.

Parámetros	Valores	Rango
		Posible
Proporción Esperada	50%	<0 - 100%>
Precisión absoluta (+/- X%)	10%	<0 - 100%> <80 - 99.99%>
Nivel de Confianza	95%	

3.5. Procedimientos para la recolección de información

Fases: Este estudio constará de siete fases fundamentales.

a) Elaboración del proyecto

En el cual se incluirá la revisión bibliográfica, redacción del proyecto, elaboración del cuestionario y hoja informativa.

b) Obtención del permiso institucional y aprobación por Comité de ética:

Se presentará al comité de ética del Hospital Regional de Loreto, la solicitud pertinente para obtener el permiso logístico de la institución, para la aplicación de la Ficha a las historias clínicas y participantes.

c) Desarrollo de un piloto:

Se desarrollará un piloto del proyecto en 10 Historias clínicas, para asegurar la viabilidad del proyecto, y hacer los ajustes necesarios a la metodología del mismo.

d) Aplicación de los instrumentos

Este proyecto se realizará durante los meses de Noviembre, Diciembre 2014 y Enero del 2015. Se seguirán 2 fases para su realización:

Fase I: Se buscare en los libros de ingresos y de egresos todos aquellos pacientes adultos y adultos mayores que hayan sido hospitalizados en los diferentes servicios de hospitalización.

Fase II: se revisara las historias clínicas de los pacientes identificados y se definirán si son casos o controles, y se excluirá las historias clínicas mal llenadas.

e) Procesamiento y análisis de los datos

Se introducirán todos los datos recopilados en una hoja de cálculo Excel 2011, y luego se procederá, después de revisar la calidad de la base de

datos, a análisis en el programa STATA 12.0. Los datos serán presentados en cuadros con su respectivo valor estadístico, para este estudio se utilizara el RP (Razón de prevalencia) como definidor de factor de riesgo.

f) Redacción de informe final

En formato IMRD, con bibliografía de acuerdo a normas de Vancouver.

3.6 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

A todas las historias clínicas de los sujetos en estudio que cumplan la definición de caso, se incluirán en el estudio. Previamente se solicitara permiso al comité de ética del Hospital Regional de Loreto, para poder acceder a la información, procedente de las historias clínicas.

Se respetará la confidencialidad de los datos y la privacidad de los sujetos. Se introducirán todos los datos de cada ficha en una base de datos con un número de identificación. Todos los formatos con identificadores serán mantenidos en una oficina cerrada con llave en el Hospital Regional de Loreto. Las fichas de recolección de datos, así como la base de datos estarán a disposición del investigador principal, y podrá ser sólo solicitada por el comité de ética, si así lo dispusiera, esta medida para proteger el anonimato y la confidencialidad de la información, de los sujetos de estudio.

Todas las bases de datos utilizadas para el análisis de datos que incluyen información de identificación privada se mantendrá bajo llave en el Hospital Regional de Loreto. La información del estudio se almacenará en el Hospital Regional de Loreto durante tres años después de la conclusión del estudio. Los documentos serán incinerados en ese momento.

3.7. Sesgos y como se manejarán:

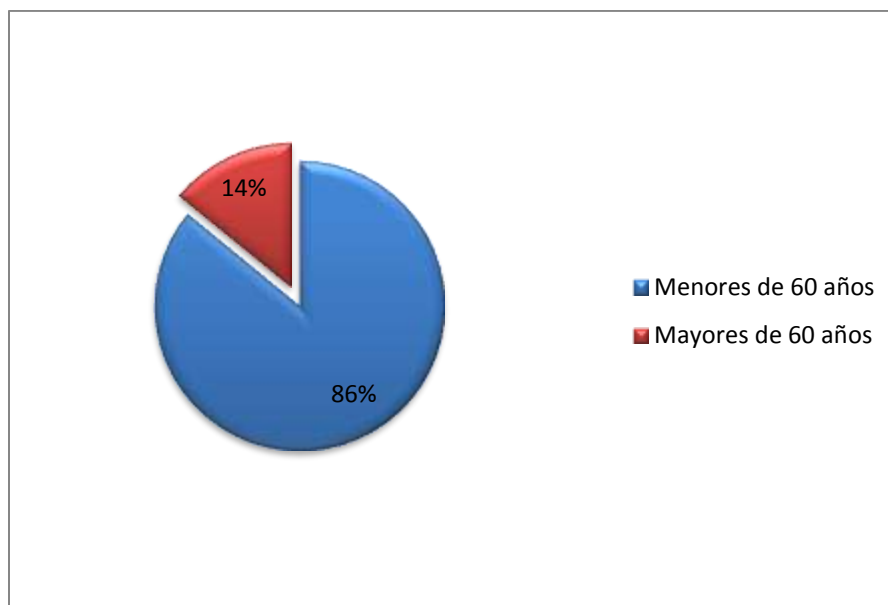
- Sesgo de información: por parte de las historias que clínicas que no se encuentren correctamente llenadas

CAPITULO IV

4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1.1. Pacientes con diagnóstico de apendicitis según edad mayor de 60 años

Grafica 01: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad Mayor de 60 años. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.

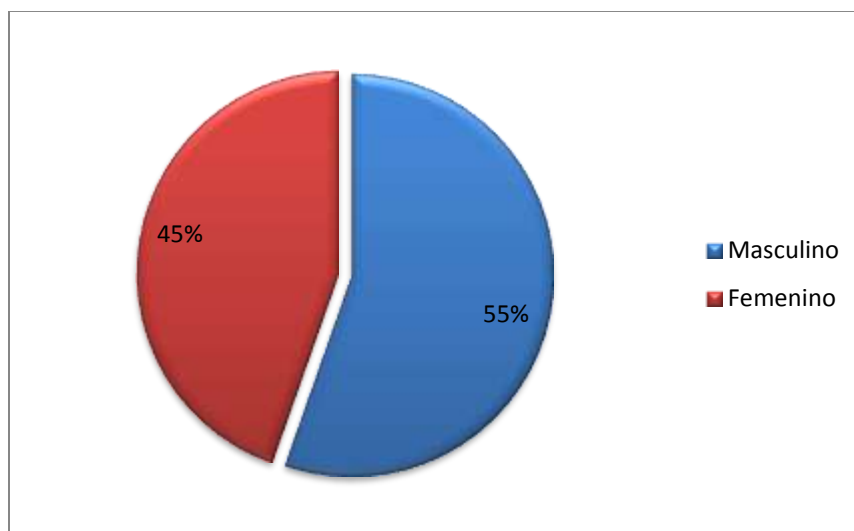


Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: Se revisaron 121 historias de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, de esta información se logró definir que la media de edad de los pacientes en general fue de 40 años con una desviación estándar (DS) de 15.6 años y un Intervalo de Confianza (IC) de 37 – 42 años. Los adultos mayores representan el 14% de la población total (17 casos en total), para aquellos menores de 60 años la media de edad fue de 35 años (DS 11 años, IC 33 -37 años), y para aquellos mayores de 60 años la media de 68 años de edad (DS 7 años, IC 63 -72 años)

4.1.2. Pacientes con Diagnóstico de Apendicitis según sexo

Grafica 02: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según sexo. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.



Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: En la muestra tomada se puede evidenciar el predominio del sexo masculino, representado por 67 pacientes, es decir, el 55% del total de pacientes estudiados, mientras que el 45% (54 pacientes) correspondió al sexo femenino.

4.1.3. Pacientes con diagnóstico de apendicitis según lugar de procedencia

Tabla 01: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según lugar de Procedencia.

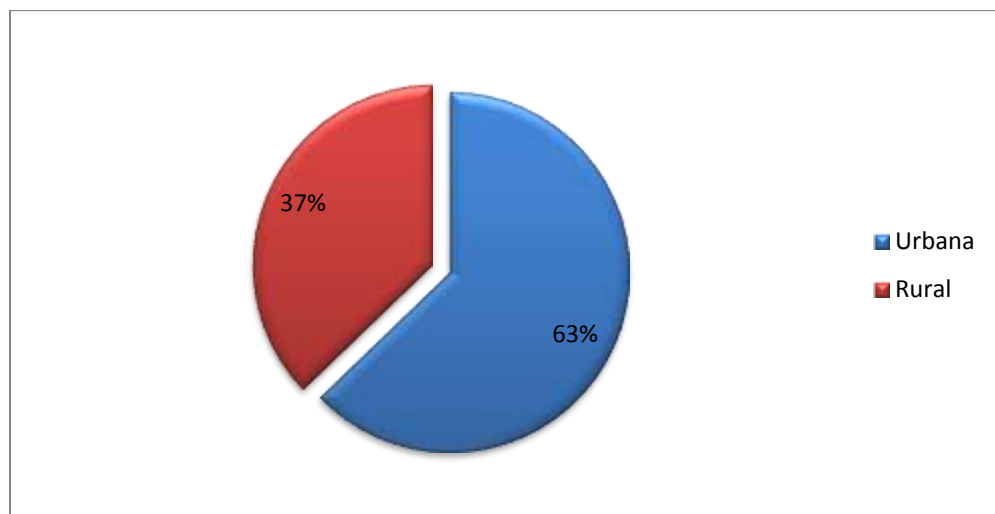
Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.

Lugar de Procedencia	Nº Casos	%
Iquitos	51	42
Punchana	19	16
Nauta	6	5
Tamshiyacu	5	4
Estrecho	5	4
Mazan	5	4
Pevas	4	3
Belén	4	3
Napo	3	2
Rio Ucayali	2	2
Rio Amazonas	2	2
Caballococha	2	2
Requena	2	2
Orellana	2	2
Sinchicuy	1	1
San Juan	1	1
Padrecocha	1	1
Lima	1	1
Sarayacu	1	1
Bajo Amazonas	1	1
Caserío Nueva York	1	1
Rio Marañón	1	1
Indiana	1	1
Total general	121	100%

Fuente: Archivos de historias médica

Grafica 03: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según zona de procedencia.

Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.

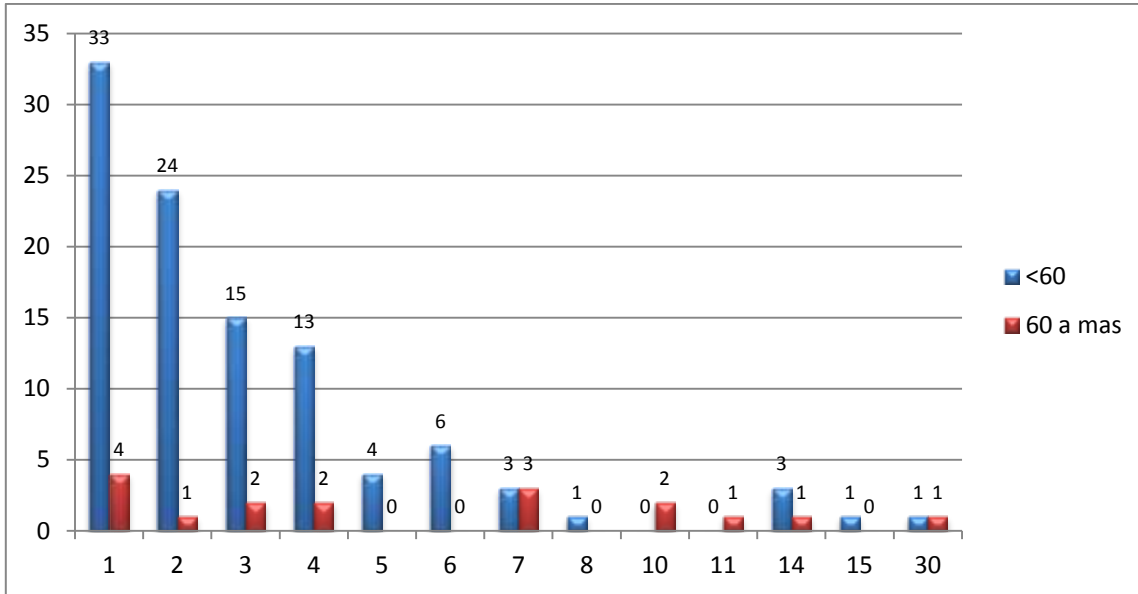


Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: Al realizar la distribución de los pacientes estudiados, se evidencia que la gran mayoría de la muestra 63% (76 casos) fueron de zona urbana y el resto de zona rural (45 casos).

4.1.4. Pacientes con diagnóstico de apendicitis por Adulto joven/ Adulto Mayor según días de hospitalización

Grafica 04: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis por Adulto joven/ Adulto Mayor según días de Hospitalización. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.



Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: El tiempo de enfermedad antes del ingreso Hospitalario fue en promedio para menores de 60 años de 3 días (DS 4 días IC 2-4 días), y para los Adultos Mayores fue de 7 días (DS 7 días IC 3 – 10 días) , la gráfica 4 muestra los casos por número de días. Se comprobó que aquellas personas mayores de 60 años tienen un tiempo de enfermedad pre hospitalaria mayor que aquellos que son menores de 60 años, esto resulto ser estadísticamente significativo (T de student - 2.86, Grados de libertad = 108; p = 0.0025). Probablemente porque sus cuadro clínico es más larvado.

Referente al tiempo de estancia hospitalaria, el tiempo en promedio fue de 7 días (DS 16 días IC 4 – 10 Días) para ambos grupos y no hubo diferencia cuando se analizaron por separado (T de student 0.14, Grados de libertad = 119; $p = 0.55$), el valor mínimo de hospitalización fue de 1 día y el máximo de 124 días.

Absolutamente todos los pacientes fueron operados en la modalidad de cirugía abierta (121 casos, ninguno fue operado bajo la modalidad de Laparoscopia).

4.1.5. Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y comorbilidad.

Tabla 02: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y comorbilidad.

Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.

Comorbilidades	Menores de 60		Mayores de 60	
	N	%	N	%
Diabetes Mellitus	1	1,0	0	0,0
HTA	9	8,7	3	17,6
Cirugía Abdominal previa	0	0,0	0	0,0
Cirugía previa no Abdominal	0	0,0	0	0,0
Obesidad	0	0,0	0	0,0
Malaria	1	1,0	0	0,0
Asma	0	0,0	0	0,0
Tuberculosis	0	0,0	0	0,0
Cardiopatía	0	0,0	0	0,0

Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: Con respecto a las comorbilidades, no hubo muchas diferencias entre ambos grupos mayores y menores de 60 años, ligeramente predominó la hipertensión, pero no demostró ser estadísticamente significativo, (χ^2 1.32 p =0.25) tabla 02.

4.1.6. Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y cuadro clínico

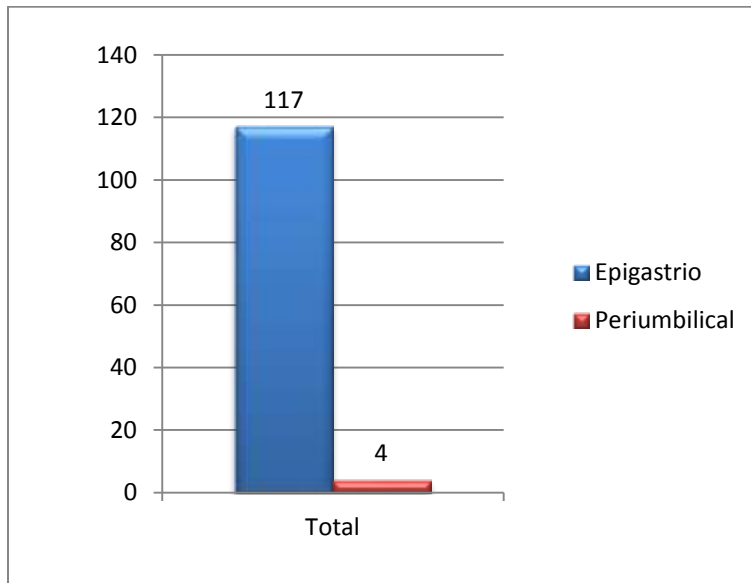
Tabla 03: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y cuadro clínico/ escala de Alvarado. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.

Signos y Síntomas / escala de Alvarado	Menores de 60		Mayores de 60		p
	N	%	N	%	
Dolor migratorio	104	100,0	17	100,0	---
Anorexia	97	93,3	16	94,1	0,89
Nauseas y/o Vómitos	98	94,2	16	94,1	0,98
Defensa en FID	46	44,2	5	29,4	0,25
Signo de Rebote	83	79,8	15	88,2	0,41
Fiebre	26	25,0	3	17,6	0,51
Leucocitos > 10,500	76	73,1	12	70,6	0,83
Desviación a la Izquierda	80	76,9	13	76,5	0,96
Puntuación de Alvarado >6	86	82,7	12	70,6	0,96

Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: Referente a los signos y síntomas, se observa que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los grupos menores y mayores de 60 años, y esto se refleja en la proporción en que se distribuyen los casos referentes a la puntuación de Alvarado.

Grafica 05: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis por lugar donde inicio el dolor. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.



Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: El inicio del Dolor al comienzo del cuadro clínico fue esencialmente en el epigastrio (117 pacientes) y que luego emigro a la Fosa iliaca Derecha (FID). Solo 4 pacientes presentaron inicio del dolor en la región peri umbilical, esta diferencia no resulto estadísticamente significativa cuando se le compararon según edad </> de 60 años. (χ^2 0.67 / $p = 0.61$) Grafico 05

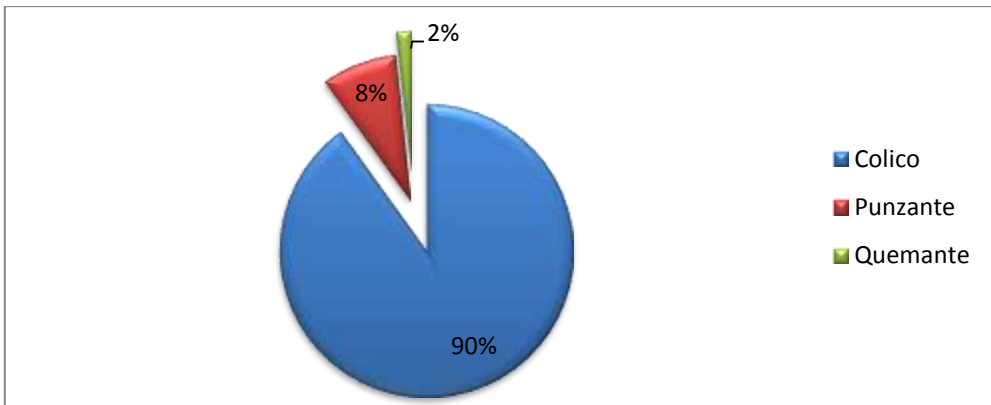
La situación final del dolor fue FID, en el 100% de los casos (121 pacientes)

Tabla 04: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y Signos sugestivos de apendicitis. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.

Signos sugestivos de Apendicitis	Menores de 60		Mayores de 60		p
	N	%	N	%	
Mc Burney	102	98,1	16	94,1	0,33
Blumberg	20	19,2	1	5,9	0,17
Rovsing	3	2,9	0	0,0	0,47

Análisis: Los signos que se usan para aumentar la sospecha en el diagnóstico de la apendicitis aguda, se distribuyeron uniformemente entre ambos grupos, como se muestra en la tabla 04. No existiendo diferencia estadística.

Grafica 06: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis por tipo de dolor. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.



Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: El tipo de dolor que presentaron los pacientes fue predominantemente cólico (90%; 109 casos).

4.1.7. Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y por Hallazgos quirúrgicos

Tabla 05: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y por Hallazgos quirúrgicos. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.

Hallazgo Quirúrgico	Menores de 60		Mayores de 60		P
	N	%	N	%	
Supurada	30	28,8	4	23,5	0,65
Gangrenada	66	63,5	10	58,8	0,71
Flemonosa	2	1,9	0	0,0	---
Perforada	6	5,8	3	17,6	0,08

Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: Dentro de los hallazgos quirúrgicos, no existió diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Tabla 06: Pacientes con diagnóstico de Apendicitis según edad y por complicaciones. Hospital Regional de Loreto. Enero – Diciembre 2014.

Complicación	< 60		> 60		OR	IC	P
	N	%	N	%			
Peritonitis Focal	8	7,7	5	29,4	5	<1-20>	0,01
Peritonitis Difusa	2	1,9	1	5,9	----	----	0,06
Peritonitis Generalizada	1	1,0	1	5,9	17	<0,1 - 1385>	0,05
Total	11	10,6	7	41,2	6	<1-21>	0,01

Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: Cuando se analizó las complicaciones, se observó que estas resultaron mayores en el grupo de pacientes que tenían más de 60 años, y se encontró que aquellos que eran mayores de 60 años tenían en general 6 veces más riesgo de presentar complicaciones, que aquellos que eran menores de 60 años, dentro de la complicación más frecuente tenemos a la Peritonitis Focal.

4.2 DISCUSIÓN

Entre enero a diciembre del 2014 fueron operados de apendicitis aguda 168 pacientes de los cuales 121 historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión. Los adultos mayores representan el 14% de la población total de casos de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Regional de Loreto. Este porcentaje es similar a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Chávez y col, en el cual los pacientes mayores de 60 años con esta patología representaron el 17,95% mientras que Morales y col, (2002-Cuba), los pacientes >60 años representó 3,4%.

El promedio de edad de los pacientes seleccionados fue de 68 años de edad (DS 7 años, IC 63 -72 años) similar al descrito por Chian y col (67.96 años, IC: 60-93 años)

De los pacientes adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión 17,6% presentaron HTA como comorbilidad difiriendo a lo reportado en el estudio de Chávez y col, presentando 26,9% y 22% reportado en el estudio de Chian y col,

El tiempo de enfermedad promedio hallado en este estudio de los Adultos Mayores (mencionado por paciente) fue de 7 días (DS 7 días IC 3 – 10 días) superior a lo mostrado en los estudios de Chávez y col. (3.81 días) y Chian y col, (3.5 días)

La estancia hospitalaria en este estudio presenta un promedio de 7 días, inferior al resultado presentado por Chian y col, siendo el promedio de 13.43 días en

paciente mayores de 60 años y a lo mostrado por Chávez y col, que tuvo un promedio de 12.5%

En cuanto a los síntomas, en este estudio el dolor se presentó en el 100% de los pacientes mayores de 60 años, similar a lo presentado por Chian y col.

El punto de Mc Burney fue positivo el 98,1% en pacientes menores de 60 años y 94,1% en pacientes mayores de 60 años. Similar a lo presentado por Chian y col, para los pacientes mayores de 60 años con un 96.5%. Sin embargo en el estudio realizado por Chávez y col, el punto de Mc Burney fue positivo 65.4% en pacientes menores de 60 años y 15.4% en pacientes mayores de 60 años.

El signo de Blumberg fue positivo en el 19,2 % de los pacientes menores de 60 años y 5,9% en pacientes mayores de 60 años, difiriendo a lo mostrado en el estudio de Chávez y col, siendo positivo en 55.9% de los pacientes menores de 60 años y 38.5% en los pacientes mayores de 60 años.

El dolor cólico se presenta de forma predominante, presentándose en el 90% de los casos de apendicitis. En los pacientes mayores de 60 años se presentó en un 100%. En el estudio realizado por Chávez y col, el dolor cólico se presentó en el 75.9% de los pacientes menores de 60 años y el 61.5% en los pacientes mayores de 60 años y Morales y col, (2002), pacientes >60 años dolor cólico represento 40.5%.

Dentro de los hallazgos quirúrgicos del grupo estudiado, observamos que la apendicitis gangrenada se encontró en el 63.5% de los pacientes menores de 65 años y en el 58% de los pacientes mayores de 60 años, en cuanto al porcentaje de este último el estudio de Chian y col, solo presenta el 9% en pacientes mayores de 60 años.

Se observó en este estudio que las complicaciones resultaron mayores en el grupo de pacientes que tenían más de 60 años, la peritonitis generalizada se presentó en el 1.0% de pacientes menores de 60 años y en el 5.9% en los pacientes mayores de 60 años, en cuanto a la peritonitis focal, esta se presentó en el 7.7% de pacientes menores de 60 años y en el 29.4% de pacientes mayores de 60 años.

Chávez y col, presento resultados en los cuales se muestra que la peritonitis generalizada fue la complicación que más se presentó en los pacientes mayores de 60 años con el 42.86%, presentándose el 15.86% en los pacientes menores de 60 años. Sin embargo la peritonitis focal fue la complicación que más se presentó en los paciente menores de 60 años con 32.42% y en los pacientes mayores de 60 años se presentó en el 14.28%

4.3 CONCLUSIONES

- ▶ Los adultos mayores de 60 años representan el 14% de la población total de pacientes con apendicitis aguda.
- ▶ Se observó un ligero predominio en el sexo masculino en ambos grupos de pacientes.
- ▶ La mayoría de los casos fueron de zonas urbanas con un 63% (76 pacientes)
- ▶ Referente a los signos y síntomas, se observa que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los grupos menores y mayores de 60 años.
- ▶ El inicio del Dolor al comienzo del cuadro clínico fue esencialmente en el epigastrio (117 pacientes) y que luego emigro a la Fosa iliaca Derecha (FID). La situación final del dolor fue FID, en el 100% de los casos (121 pacientes)
- ▶ Los signos que se usan para aumentar la sospecha en el diagnóstico de la apendicitis aguda, se distribuyeron uniformemente entre ambos grupos No existiendo diferencia estadística.

- ▶ El dolor migratorio se presentó en el 100% de ambos grupos de pacientes, mayores de 60 años y menores de 60 años

- ▶ El tipo de dolor que presentaron los pacientes fue predominantemente cólico (90%; 109 casos).

4.4 RECOMENDACIÓN

1. Realizar un interrogatorio adecuado sobre el cuadro clínico, haciendo una descripción minuciosa del mismo.
2. Fomentar en los médicos generales la importancia del conocimiento de la evolución de esta patología en el paciente adulto mayor.
3. Educar e incentivar a cirujanos especialistas de cirugía general a realizar notas operatorias lo suficientemente explicativas y que por sí sola describan adecuadamente los hallazgos de la intervención quirúrgica.
4. Realizar jornadas de educación con la finalidad de informar al paciente adulto mayor y sus familiares sobre esta patología, lo cual conducirá a un mejor manejo del problema y diagnóstico precoz.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Estado de la población mundial. Nuevas generaciones. Nueva York: FNVAP; 1998.
2. **Quintana Proenza A, Sánchez Rojas T, Quintana Marrero J, Reyes Balseiro E, De La Guardia Gispert E.** El adulto mayor en cirugía general. Rev Cubana Cir.2001; 40(3): 305-11.
3. **Quiroga, A., Pérez, C., Bonilla, R., Castrillón, C., Navarro, P., Díaz, A.** (2000). Diagnóstico de Apendicitis Aguda en un Centro de Referencia. Un Enfoque Basado en la Evidencia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 15(3), 278-281.
4. **Chavez J, Ortiz J1 y Varela L,** ESTUDIO COMPARATIVO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO QUIRÚRGICO ENTRE MAYORES Y MENORES DE 60 AÑOS. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol.14 N° 1 – 2001.
5. **Valdés J, MederosO, Barrera J, Cantero A, Yanet Pedroso Díaz1 y Dr. Bruk Bekele Jémbere3** Hospital Universitario «Manuel Fajardo» Servicio de Cirugía General, Ciudad de La Habana Abdomen agudo quirúrgico en el anciano. Rev Cubana Cir v.41 n.1 Ciudad d.
6. *Apendicitis aguda en mayores de 70 años.* **Drs. RIMSKY ALVAREZ U, ALEXIS BUSTOS V, OSVALDO TORRES R, ADRIÁN CANCINO N.** s.l. : Rev. Chilena de Cirugia 54(4) 2002 345-349.
7. *MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LA APENDICITIS AGUDA EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS, 1990-1999.* **Dr. Raúl A. Morales González, 1 Dr.**

Juan Ordinales Núñez,2 Dra. Leandra O. Salcedo Frómeta,3 Dra. Natividad Lahaba Liqui 3 y Dr. Salomón Fernández Torres4. s.l. : Rev Cubana Cir 2002;41(1):28-32.

8. *Apendicitis aguda en el anciano: Aspectos clínicos y de laboratorio.* **Chian Chang Víctor E1, Vicuña Valle Ricardo I1. Baracco Miller Víctor2.** s.l. : Rev Med Hered 1996, 7: 17-23.

9. *Apenditis aguda en mayores de 70 años.* **Rimsky Alvarez, Alexis Bustos y Osvaldo Torres.** Concepcion, chile : s.n., 2002.

10. *Apendicitis aguda.* **Gonzales, Jorge Fallas.** Costa Rica : s.n., 2012.

11. —. **Gordo, Pena Fernandez y Parra.** Madrid : s.n., 2008.

Anexos:

Apendicitis aguda: estudio comparativo entre el adulto mayor y adulto joven			
Nombre	_____	Edad :	_____
Procedencia	_____	Sexo :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Tiempo de enfermedad	: _____	fecha de ingreso al servicio	: _____
fecha de ingreso al servicio	: _____	fecha de ingreso UCI	_____
fecha de alta del servicio	: _____	Fecha de salida de UCI	_____
Tipo de cirugía:	<input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/> Laparoscopica		
Comorbilidad:	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Cardiopatica
	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cirugia previa Abdominal
	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Cirugia previa No Abdomen
<u>Score de Alvarado</u>			
Dolor migratorio a FID			<input type="checkbox"/> 1
Anorexia			<input type="checkbox"/> 1
Nauseas y/o vomitos			<input type="checkbox"/> 1
defensa en FID			<input type="checkbox"/> 2
Descompresión dolorosa (signo de rebote)			<input type="checkbox"/> 1
Elevacion de temperatura > 38 °C			<input type="checkbox"/> 1
leucositos > 10 500 x mm3			<input type="checkbox"/> 2
Desviacion Izquierda > 75			<input type="checkbox"/> 1
Total			<input type="text" value=""/>
Situacion del Dolor al inicio de la enfermedad:	<input type="checkbox"/> Epigastrio	<input type="checkbox"/> Periumbilical	
	<input type="checkbox"/> Fosa Iliaca D	<input type="checkbox"/> Fosa iliaca I	
	<input type="checkbox"/> Hipocondrio D	<input type="checkbox"/> Hipocondrio I	
	<input type="checkbox"/> Otros _____		
Situacion del Dolor al final de la enfermedad:	<input type="checkbox"/> Epigastrio	<input type="checkbox"/> Periumbilical	
	<input type="checkbox"/> Fosa Iliaca D	<input type="checkbox"/> Fosa iliaca I	
	<input type="checkbox"/> Hipocondrio D	<input type="checkbox"/> Hipocondrio I	
	<input type="checkbox"/> Otros _____		
Signos Positivos:	<input type="checkbox"/> Mc Burney	<input type="checkbox"/> Blumber	<input type="checkbox"/> Rovsing
Tipo de dolor:	<input type="checkbox"/> Colico	<input type="checkbox"/> Punzante ^C	<input type="checkbox"/> Quemante
	<input type="checkbox"/> No definido		
Exámenes de laboratorio:	<input type="checkbox"/> Leucocitos	_____	
	<input type="checkbox"/> Abastionados	_____	
	<input type="checkbox"/> Glucemia	_____	
	<input type="checkbox"/> Cretinina	_____	
	<input type="checkbox"/> Albumina	_____	
	<input type="checkbox"/> Sedimento Urinario patologico	_____	
Hallazgos de la Operación	<input type="checkbox"/> No complicada	Estadio	<input type="checkbox"/> supurativo <input type="checkbox"/> grangenada
			<input type="checkbox"/> flemonosa <input type="checkbox"/> perforada
	<input type="checkbox"/> Complicada	Peritonitis:	<input type="checkbox"/> Focal <input type="checkbox"/> Difusa <input type="checkbox"/> Generalizada
Complicaciones:	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> respiratorias	
NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respiratorias	<input type="checkbox"/> Digestivas	
	<input type="checkbox"/> Metabolicas	<input type="checkbox"/> Renales	
	<input type="checkbox"/> Otros: _____		
Fallecido	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		