



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA



# TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

“CONCORDANCIA QUIRÚRGICO – PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE  
APENDICITIS AGUDA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL; HOSPITAL IESS  
PORTOVIEJO”

AUTORA:

ARTEAGA ORTEGA MELISSA LILIBETH

TUTORA:

DRA. BRENDA GERMAN CORDERO

REVISOR:

DR. JORGE ALVAREZ TAPIA

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2016

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo de investigación a Dios, por guiarme cada día, bendecirme y darme fuerzas para seguir adelante y cumplir con mis objetivos y metas. A todos aquellos que han creído en mí y me han dado la seguridad para continuar creyendo en mi misma, incluidos mis grandes mentores, quienes me han apoyado y han sido inspiración en mi formación, y también mis padres, que no han dudado en darme cariño y apoyo necesarios durante mi carrera y a quienes espero enorgullecer con este logro; a todos los cuales estoy comprometida en no fallarles y hacer de mí una gran médica de calidad. Y por último, haciendo propia una frase ajena, también lo dedico a mis errores, porque como ser humano no estoy absenta a cometerlos, pero gracias a ellos también aprendo.

ARTEAGA ORTEGA MELISSA LILIBETH

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco infinitamente a Dios, ser supremo, que sabiamente puso en mi camino a las personas adecuadas para que todo este proceso se lleve a cabo. Sin él, nada pudo ser posible.

Al Hospital IESS Portoviejo, y al personal que me apoyó y autorizó mi acceso esta unidad de salud, permitiéndome desarrollar sin molestias esta investigación.

Y también, a todas aquellas personas que, de forma directa e indirecta, ayudaron a que salga adelante el presente proyecto investigativo.

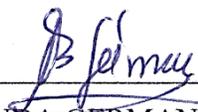
ARTEAGA ORTEGA MELISSA LILIBETH

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO INVESTIGATIVO**

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes por la Universidad Técnica de Manabí, yo, DRA. BRENDA GERMAN CORDERO, bajo mi tutoría, certifico el presente trabajo de investigación titulado “CONCORDANCIA QUIRÚRGICO – PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL; HOSPITAL IESS PORTOVIEJO” de la señorita egresada ARTEAGA ORTEGA MELISSA LILIBETH.

El presente trabajo es original de la autora y ha sido realizado bajo mi tutoría y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de MÉDICO CIRUJANO.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.



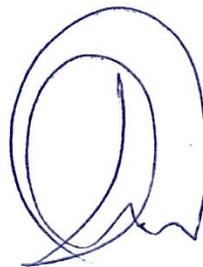
---

DRA. BRENDA GERMAN CORDERO  
TUTORA DE LA INVESTIGACIÓN

## **CERTIFICACIÓN DEL REVISOR DEL TRABAJO INVESTIGATIVO**

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado “CONCORDANCIA QUIRÚRGICO – PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL; HOSPITAL IESS PORTOVIEJO”, ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento estipulado por el tutor, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de la autora, ARTEAGA ORTEGA MELISSA LILIBETH.

Considero que dicho trabajo investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.



---

DR. JORGE ALVAREZ TAPIA  
REVISOR DE LA INVESTIGACIÓN

# CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA

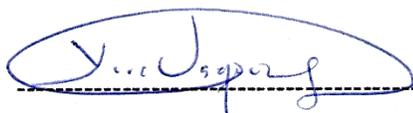
TEMA:

“CONCORDANCIA QUIRÚRGICO – PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL; HOSPITAL IESS PORTOVIEJO”.

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO



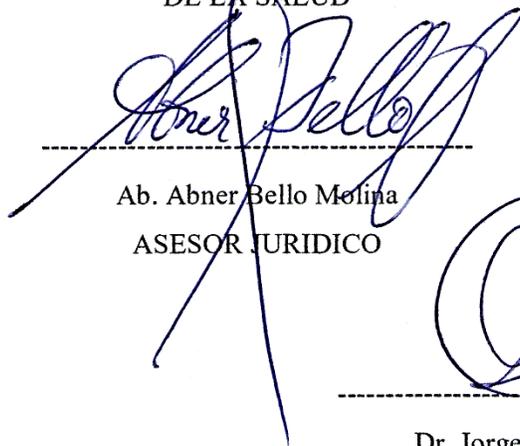
Dra. Yira Vásquez Giler. Mg.

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD

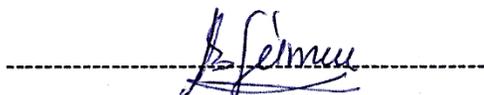


Lcda. Mirian Barreto Rosado Mg.

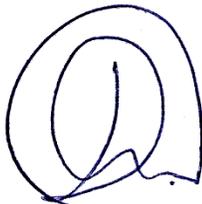
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE  
TITULACIÓN ESPECIAL DE LA FCS



Ab. Abner Bello Melina  
ASESOR JURIDICO



Dra. Brenda German Cordero  
TUTORA DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN



Dr. Jorge Álvarez Tapia

REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

## **DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR**

ARTEAGA ORTEGA MELISSA LILIBETH, egresada de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaro que:

El presente Trabajo de Investigación titulado: “CONCORDANCIA QUIRÚRGICO – PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL; HOSPITAL IESS PORTOVIEJO” es de mi completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión de la Tutora del Trabajo de Investigación, Dra. Brenda German Cordero.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este trabajo de titulación, pertenecen exclusivamente a los autores.



---

ARTEAGA ORTEGA MELISSA LILIBETH

# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCION</b> .....	1
<b>1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA</b> .....	1
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	3
<b>1.3 ANTECEDENTES</b> .....	4
<b>1.4 JUSTIFICACIÓN</b> .....	5
<b>1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	6
CAMPO .....	6
ÁREA DEL CONOCIMIENTO .....	6
SUJETO DE ESTUDIO .....	6
ÁREA GEOGRÁFICA .....	6
TIEMPO ESTIMADO .....	6
<b>1.6 OBJETIVOS</b> .....	7
<b>1.6.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	7
<b>1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL</b> .....	8
<b>2.1 MARCO TEÓRICO</b> .....	8
<b>2.2 MARCO INSTITUCIONAL</b> .....	12
<b>2.3 VARIABLES</b> .....	16
<b>2.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE</b> .....	16
<b>2.3.2 VARIABLE INDEPENDIENTE</b> .....	16
<b>2.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	16
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	18
<b>3.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	18
<b>3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	18
<b>3.3 PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA INFORMACIÓN</b> .....	18
<b>3.4 UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO</b> .....	18
<b>3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b> .....	18

3.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	18
3.5.2 MÉTODOS .....	19
3.5.3. TÉCNICAS .....	19
3.5.4 INSTRUMENTOS .....	19
3.6 PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	19
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
GRAFI-TABLA N°1 .....	21
TABLA Y GRAFICO N°2 .....	23
GRAFI-TABLA N°2 .....	24
GRAFI-TABLA N°3 .....	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICO: ÍNDICE DE KAPPA .....	26
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>28</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>29</b>
<b>PRESUPUESTO .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>36</b>

## **ABREVIATURAS**

AA: Apendicitis Aguda

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

PMN: Polimorfonucleares

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

TC: Tomografía Computarizada

## **TEMA**

“CONCORDANCIA QUIRÚRGICO – PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL; HOSPITAL IESS PORTOVIEJO”.

## RESUMEN

La apendicitis aguda es el proceso inflamatorio del apéndice cecal originado por causa obstructiva. Considerando que la apendicectomía es el gold estándar para su tratamiento, se hace necesaria la correcta clasificación de la apendicitis aguda por estadíos, ya que de esto depende la terapéutica antibiótica administrada para cada caso. Se han realizado diversos estudios en Latinoamérica obteniendo resultados desalentadores en cuanto a la concordancia quirúrgico-patológica. *Objetivo:* Determinar la concordancia quirúrgico – patológica en el diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía general del Hospital IESS Portoviejo. *Material y Métodos:* Estudio descriptivo, retrospectivo y experimental; basado en la recolección de datos demográficos, diagnósticos quirúrgicos e histopatológicos, a partir de las historias clínicas de los pacientes apendicectomizados en el Hospital IESS Portoviejo durante el periodo junio - septiembre del 2016. Se aplican medidas de estadística descriptiva y estadística no paramétricas como el índice de kappa. *Resultados:* La población estuvo comprendida por 78 pacientes, divididos en 47 hombres (60%) y 31 mujeres (40%); el grupo etario más frecuente fue entre 20 – 40 años (33%) y los menos frecuentes fueron los  $\leq 5$  años (4%) y los  $\geq 65$  años (5%); el diagnóstico quirúrgico más habitual fue la AA supurativa (50%), asimismo, el diagnóstico patológico que más se presentó fue la AA flemonosa (63%); en todos los grupo etarios el diagnóstico de AA supurativa fue el más frecuente, a excepción en los  $\leq 5$  años donde la más frecuente fue la AA edematosa (3%); se analizó una concordancia de 0,27 entre el diagnóstico quirúrgico y el patológico según el índice de kappa. *Conclusiones:* La concordancia quirúrgico-patológica fue escasa, los cirujanos poseen una inadecuada capacidad para determinar el diagnóstico quirúrgico por estadíos de apendicitis aguda.

### PALABRAS CLAVES

Apendicitis aguda, apendicectomía, concordancia, diagnóstico quirúrgico, diagnóstico histopatológico, índice de kappa.

## SUMMARY

Acute appendicitis is the inflammatory process of cecal appendix, due to an obstructive cause. Whereas appendectomy is the gold standard for its treatment, the correct classification of acute appendicitis by stages is necessary, since this depends on the antibiotic therapy administered to each case. There have been several studies in Latin America getting disappointing results in the surgical-pathologic concordance. *Objective:* To determinate the surgical - pathological concordance in the diagnosis of acute appendicitis in the general surgery service of IESS Portoviejo Hospital. *Material and Methods:* A descriptive, retrospective and experimental study; based on the collection of demographic data, surgical and histopathologic diagnosis, from the medical records of patients appendectomy in IESS Portoviejo Hospital during the period from June to September 2016. Apply measures of descriptive statistics and non-parametric statistics such as kappa index. *Results:* The study population consisted of 78 patients, divided into 47 men (60%) and 31 women (40%); The most frequent age group was between 20-40 years (33%) and the least frequent were  $\leq 5$  years (4%) and those  $\geq 65$  years (5%); The most common surgical diagnosis was suppurative AA (50%); likewise, the most frequent pathological diagnosis was flemonous AA (63%); In all age groups the diagnosis of suppurative AA was the most frequent, except in the  $\leq 5$  years where the most frequent was the edematous AA (3%); it analyzed a concordance of 0.27 between the surgical and pathological diagnosis according to the kappa index. *Conclusions:* The surgical-pathological concordance was scarce, the surgeons have an inadequate capacity to determine the surgical diagnosis by stages of acute appendicitis.

### KEY WORDS

Acute appendicitis, appendectomy, concordance, surgical diagnosis, pathological diagnosis, kappa index.

# **CAPÍTULO I: INTRODUCCION**

## **1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA**

Se denomina apendicitis aguda al proceso inflamatorio a nivel del apéndice cecal, originado por la obstrucción de la luz apendicular. Ha sido considerada como la entidad quirúrgica que más incide en las áreas de emergencia de todo el mundo, siendo una de las causas más comunes de dolor abdominal agudo. Se dice que, en promedio, el 7% de la población presentará este cuadro apendicular alguna vez en su vida. (Segovia & Figueredo, 2012)

En la actualidad, es bien sabido que para el tratamiento de la apendicitis aguda el gold standard es la apendicetomía, la cual representa alrededor del 1% de todas las cirugías realizadas de emergencia. (Wilms, de Hoog, de Visser, & Janzing, 2011)

En cualquiera de los casos, ningún signo, síntoma o examen complementario, por sí solo, confirma el diagnóstico de apendicitis aguda; pero cuando se obtiene la impresión diagnóstica, éste se corrobora mediante la observación macroscópica del cirujano quien detalla su diagnóstico por estadíos durante la intervención quirúrgica, pudiendo ser catarral o edematosa, supurativa o flemonosa, necrótica o gangrenosa y/o perforada; considerando a éstas dos últimas como apendicitis aguda complicada.

Es por eso que ante una apendicectomía, el hallazgo de un apéndice sano, determina que el paciente se realimente a las 24 horas de efectuado el procedimiento y reciba el alta de forma precoz. En los casos de apendicitis sin perforación macroscópica ni gangrena de pared el tratamiento es similar, excepto porque se agrega la administración de una dosis preoperatoria y dos dosis postoperatorias de antibióticos. Si el apéndice se encuentra gangrenado o perforado el tratamiento se prolonga, aunque en algunos hospitales la norma es dar de alta al paciente en forma precoz, si es que no hubiere alguna complicación

postquirúrgica, al tercer o quinto día con indicación de continuar el tratamiento antibiótico por vía oral, ya que este manejo se asocia a mejor evolución natural de la recuperación y menos días de estadía intrahospitalaria. (Kulikoff , Vargas, & Rodríguez, 2009).

Sólo el reporte histopatológico confirmará de manera definitiva el diagnóstico, determinando así la clasificación de la apendicitis por estadíos la cual debería estar en concordancia a la establecida por el cirujano en su diagnóstico. Sin embargo, la única limitación para que esta relación inmediata suceda es la demora del reporte histopatológico, por lo cual este resultado no influye directamente en el tratamiento farmacológico ni en el pronóstico del mismo paciente postquirúrgico; pero al determinar la capacidad que el cirujano posee para clasificar correctamente un apéndice de acuerdo a sus estadíos en relación con el resultado histopatológico ayuda en los casos posteriores, brindándoles mayor seguridad al momento de establecer la antibióticoterapia postoperatoria adecuada acorde a la clasificación, e incluso la estancia hospitalaria, y de esta manera evitar las posibles complicaciones.

En la presente investigación se pretende determinar la concordancia entre el diagnóstico quirúrgico y el diagnóstico patológico de la apendicitis aguda en los pacientes apendicectomizados del servicio de cirugía general del Hospital IESS Portoviejo; se trata de un estudio nunca antes realizado en dicha la ciudad, ni en la institución, por lo cual radica su interés investigativo.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis aguda es la entidad quirúrgica que más incide en las áreas de emergencia. Es la causa principal de abdomen agudo quirúrgico, siendo el tratamiento gold estándar la apendicectomía, la cual representa aproximadamente el 1% de todas las cirugías de emergencia que se realizan. (Wilms, de Hoog, de Visser, & Janzing, 2011)

Durante la intervención quirúrgica es muy importante clasificar la apendicitis aguda por estadios de acuerdo a las características macroscópicas del apéndice, ya que esto permite que el cirujano establezca el tratamiento antibiótico a seguir en cada caso, así como su duración, estancia hospitalaria e incluso pronóstico del paciente. (Kulikoff , Vargas, & Rodríguez, 2009)

Como es bien sabido, la última palabra la tiene el reporte histopatológico, donde se examina detalladamente la pieza apendicular extraída, estableciendo así el diagnóstico definitivo por estadios. Debido a la demora en emitir el diagnóstico histopatológico no es posible determinar por medio de éste la conducta terapéutica inmediata en cada uno de los pacientes.

Sin embargo, es posible establecer la concordancia entre el diagnóstico quirúrgico y el histopatológico, que aunque de manera diferida, nos ayuda a conocer las competencias del equipo quirúrgico del servicio, evaluando su capacidad para clasificar correctamente el estadio de apendicitis, y de esta manera, establecer con plena seguridad un esquema terapéutico adecuado en futuros pacientes.

A sabiendas de lo anteriormente expuesto, es factible el planteamiento de la siguiente interrogante:

¿Cuál es la concordancia quirúrgico – patológica en el diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía general del Hospital IESS Portoviejo?

### **1.3 ANTECEDENTES**

Dada la importancia de la concordancia entre el diagnóstico postquirúrgico y el diagnóstico histopatológico de la apendicitis aguda en nuestro medio, se han realizado un sinnúmero de estudios relacionados con el tema en cuestión.

Un estudio realizado en México con 562 pacientes en un periodo de 5 años, describió discrepancia entre la fase de apendicitis y diagnóstico patológico, mostrando un coeficiente de kappa de 0.25, es decir, una baja concordancia. (Macias, Cordero, & Fonseca, 2009)

En Paraguay, 266 pacientes fueron estudiados obteniendo una baja concordancia en el diagnóstico de apendicitis aguda, y en el de sus estadios entre cirujanos y patólogos. Teniendo en cuenta esto, lo ideal sería que exista una buena concordancia entre el hallazgo quirúrgico y el anatomopatológico de los casos de apendicitis aguda y sus fases o estadios, ya que de estos depende la terapéutica postoperatoria. (Segovia & Figueredo, 2012)

Se realizó un estudio en Chile aplicado a 782 pacientes en el Hospital Padre Hurtado, obteniendo una muy baja identificación de los apéndices sanos, habiendo una tendencia marcada en clasificar como enfermas a piezas sin alteraciones patológicas y como perforadas a apendicitis sin complicaciones. (Kulikoff , Vargas, & Rodríguez, 2009)

En Perú, un estudio investigativo describe como la concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico no fue adecuada, determinando que los cirujanos poseen inadecuada capacidad para determinar el estadio de apendicitis aguda. (Ramirez, 2015)

Es así como vemos que, dentro de los resultados encontrados, todos los estudios demuestran una baja concordancia entre el diagnóstico postquirúrgico y el histopatológico de apendicitis aguda, interviniendo así en la conducta terapéutica y en la estancia hospitalaria de los pacientes.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

Debido a la gran incidencia de la apendicitis aguda a nivel mundial, siendo la primera causa de morbilidad dentro de las enfermedades que ameritan hospitalización en nuestro país según el INEC (2016), se hace necesario el estudio de esta patología.

Al aplicar esta investigación a nuestro medio y gracias a los resultados obtenidos en ésta, podremos reconocer la capacidad de los cirujanos para clasificar correctamente el estadio de la apendicitis aguda durante la intervención quirúrgica; lo cual es muy importante, ya que de este diagnóstico depende la conducta terapéutica antibiótica a administrar.

La adecuada concordancia quirúrgico-patológica de la apendicitis aguda permitirá establecer el tratamiento antibiótico correcto para cada caso en particular disminuyendo los costos directos e indirectos de las complicaciones postoperatorias, asimismo, reducir el tiempo de estancia hospitalaria cuando ésta no sea recomendada, evitando gastos innecesarios.

La presente investigación, se encuentra plenamente justificada, por el hecho de que sus resultados permiten evaluar las habilidades que poseen los cirujanos para determinar el diagnóstico por estadios de la apendicitis aguda, lo cual además se relacionarse con la conducta terapéutica a administrar a los pacientes, se vincula con los costos hospitalarios e impulsa a la implementación de protocolos institucionales orientados a dicha patología y a la seguridad del paciente.

En nuestro país aún no se ha reportado ningún estudio investigativo con el mismo enfoque que este; es por esto que radica su importancia aplicativa en nuestro medio para así poder conocer la realidad en nuestro sistema de salud.

## **1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

### **CAMPO**

Ciencias Médicas.

### **ÁREA DEL CONOCIMIENTO**

Cirugía General.

### **SUJETO DE ESTUDIO**

Pacientes intervenidos quirúrgicamente por diagnóstico de apendicitis aguda, con su respectivo reporte histopatológico.

### **ÁREA GEOGRÁFICA**

Servicio de Cirugía General del Hospital IESS Portoviejo, provincia de Manabí, país Ecuador.

### **TIEMPO ESTIMADO**

Mayo a diciembre del 2016.

### **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Según la Comisión Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el 2014-2015, el presente trabajo investigativo se encuentra en la línea de Enfermedades del medio hospitalario y enfermedades orgánicas crónicas.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la concordancia quirúrgico – patológica en el diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía general del Hospital IESS Portoviejo.

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Establecer las características demográficas de la población de estudio.

Determinar el diagnóstico quirúrgico del estadio de apendicitis aguda más frecuente entre los casos investigados.

Describir el diagnóstico patológico reportado con mayor frecuencia en el respectivo informe histopatológico de la muestra seleccionada.

Identificar la frecuencia con la que se presentan los diferentes estadios de apendicitis aguda en relación a los grupos etarios.

## **CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 MARCO TEÓRICO**

Se conoce como apendicitis aguda al proceso inflamatorio a nivel del apéndice. Dicha estructura, también descrita como apéndice cecal o vermicular, se encuentra localizada en la primera porción del intestino grueso llamada ciego; se trata de una estructura tubular de color rosado, de aproximadamente 7 a 8 milímetros de diámetro, cuyas longitudes fluctúan entre 2 y 30 centímetros, en promedio de 6 a 9 centímetros. Debido a la presencia de gran cantidad de tejido linfoide en éste, su función ha sido discutida en estos últimos años, pasando de ser una estructura sin función alguna, a fomentar la teoría de poseer alguna función linfoidea, como creerían algunos autores. (Jarrín & Salgado, 2014)

La apendicitis aguda (AA) se ha reconocido como la causa más importante de dolor abdominal agudo que demanda tratamiento quirúrgico, siendo la urgencia quirúrgica más habitual en el área de emergencia. La incidencia anual se aproxima a 100 por cada 100.000 habitantes, se podría decir que entre el 5 y 15% de la población presentará este cuadro apendicular alguna vez en su vida. En cuanto al género, existe un franco predominio en el masculino. Además, se ha evidenciado ser más frecuente hacia los 20 y 30 años de edad, y menos frecuente en las edades extremas de la vida aunque relacionándose con mayor complicaciones. (Segovia & Figueredo, 2012). En el Ecuador, se registró 38.060 casos de apendicitis aguda durante el 2015, lo cual precisa una tasa de 23,38 casos por cada 10.000 habitantes, contribuyendo de este modo a ser la más frecuente entre las patologías que ameritan hospitalización en todo el país. (INEC, 2016).

La AA se trata de una entidad originada por causa obstructiva. En cuanto a su evolución natural, dicha obstrucción de la luz apendicular distiende el apéndice, haciendo que la secreción mucosa se acumule y aumente la proliferación de bacterias introduciéndose en la pared apendicular. Todo esto dificulta el flujo sanguíneo y linfático del apéndice, presentándose así congestión vascular y trombosis venosa que necrosa el tejido

perforándose eventualmente, causando absceso localizado o peritonitis, pudiendo causar la muerte. (Segovia & Figueredo, 2012)

El diagnóstico es clínico y en general no presenta dificultades, salvo en casos particulares, como en el embarazo o en las edades extremas de la vida, presentando semiología compleja en algunas ocasiones, la presencia de variantes anatómicas del apéndice, la automedicación, entre otros; que hacen que el diagnóstico se retrase entorpeciendo el cuadro apendicular. (Macias, Cordero, & Fonseca, 2009).

En cualquiera de los casos, ningún signo, síntoma o examen complementario, por sí solo, confirma el diagnóstico de apendicitis aguda. No obstante, generalmente con una buena anamnesis y una meticulosa exploración física se puede realizar el diagnóstico. (Shrivastava & Sudipta, 2012).

Para el diagnóstico quirúrgico e histopatológico se utilizan las características tanto macroscópicas como microscópicas, estableciendo la apendicitis aguda por fases o estadios acorde a los cambios fisiopatológicos que explican la evolución de la enfermedad desde una apendicitis no complicada a una complicada. (Kulikoff , Vargas, & Rodríguez, 2009)

Comúnmente, se considera que la apendicitis aguda posee una clasificación clínico-patológica en cuatro grados o estadios: inflamatoria inicial o catarral, supurativa, necrótica y perforada; considerando a éstas dos últimas como apendicitis aguda complicada, aunque otros autores, consideran a la apendicitis complicada únicamente a aquella que presenta perforación macroscópica evidente. (Ramírez, 2012)

1. Apendicitis Congestiva o Catarral. Se explica por la oclusión de la luz apendicular, donde se secreta cada vez más secreción mucosa distendiendo el apéndice por aumento de la presión dentro de éste, gracias a esto, existe congestión vascular a predominio venoso y exudado plasmoleucocitario que infiltra las paredes del apéndice. Todo lo cual se evidencia a nivel macroscópico con edema. (Ramirez, 2015)

2. Apendicitis Flegmonosa. A medida que existe la colección de secreciones mucosas dentro del apéndice, se produce el sobrecrecimiento bacteriano que favorece la invasión de bacterias hacia la pared apendicular, misma que a estas alturas se encuentra ulcerada debido al compromiso vascular. Ésta pared invadida de PMN presentará necrosis en sus capas más internas, pero al exterior se puede observar, aparte de edema y congestión, exudado y gleras fibrinopurulentas lo cual caracteriza este estadio macroscópicamente. (Ramirez, 2015)

3. Apendicitis Gangrenosa. También llamada necrótica, es aquella cuyo compromiso congestivo y supurativo ha sido tal, que produce mayor compresión vascular afectando la circulación arterial, aparte del existente sobrecrecimiento bacteriano, contribuye a la necrosis total de la pared apendicular. A la observación macroscópica se observa grandes áreas de ulceración hemorrágica y necrosis, aparte de las características de estadios anteriores, se Microscópicamente se observa infiltrado PMN y otros componentes propios de la inflamación, además de necrosis del tejido con pequeñas perforaciones de la pared. (Ramirez, 2015)

4. Apendicitis Perforada. Como su nombre lo indica, el apéndice llega a un estado en el cual las situaciones anteriores desarrollan perforación plena de la pared, es decir, todas esas pequeñas perforaciones se agrandarán y formarán soluciones de continuidad vistas tanto macroscópica como microscópicamente, acompañadas de características de estadios anteriores. La salida de exudado fibrinopurulento, y del contenido apendicular incluyendo el fecalito impactado, como causa más común, puede originar con facilidad abscesos, plastrón apendicular, peritonitis localizada y generalizada, e incluso, en el peor de los casos provocar la muerte. (Ramirez, 2015)

En todo caso, es prioridad para el cirujano diagnosticar de forma correcta y a tiempo la AA, puesto que en los casos de abdomen agudo el tiempo transcurrido juega un papel muy importante en la evolución natural y aumenta la probabilidad que se presenten posibles complicaciones que causarían la muerte del paciente. (Macias, Cordero, & Fonseca, 2009)

En la actualidad, es bien sabido que para el tratamiento de la apendicitis aguda el gold standard es la apendicetomía, pudiendo ser por cirugía convencional o laparoscópica; la misma que representa alrededor del 1% de todas las cirugías realizadas de emergencia. Se ha aceptado que hasta un 15% de apendicectomías arrojen un apéndice normal como hallazgo transquirúrgico o anatomopatológico, dato que ha disminuido considerablemente hasta un 7,2%, con el advenimiento y mayor utilización de métodos diagnósticos como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) o la Laparoscopia Diagnóstica Ultrasonografía, ha reducido los resultados negativos ante la cirugía. (Wilms, de Hoog, de Visser, & Janzing, 2011)

Es primordial clasificar la AA por estadios según las características macroscópicas encontradas en el apéndice durante la intervención quirúrgica, pues, de aquello depende el tipo de tratamiento antibiótico prescrito para cada paciente; además, determina el pronóstico, la estadía hospitalaria (más relacionada con infecciones nosocomiales) y evita gastos innecesarios al sistema de Salud mejorando la calidad del servicio prestado. (Segovia & Figueredo, 2012)

Para el tratamiento antibiótico post-apendicectomía, no existe un protocolo establecido que estandarice la mejor opción terapéutica en este caso, pero lo que sí ha sido adoptado por muchos servicios de cirugía es que se debe tomar en cuenta el estadio de AA para así destinar la conducta adecuada a seguir de acuerdo a las diferentes situaciones anteriormente citadas. En las AA no complicadas (congestivas y flegmonosas) se requiere de un tratamiento antibiótico y estancia hospitalaria de aproximadamente 24 horas. En los casos de AA complicadas (gangrenosas y perforadas), se determina doble antibióticoterapia durante 7 a 10 días, requiriendo una hospitalización de al menos 72 horas y luego continuar ambulatoriamente por vía oral según tolerancia. (Segovia & Figueredo, 2012)

Determinar la concordancia quirúrgico-patológica, por lo tanto, nos lleva a indagar en la capacidad de los cirujanos en poder clasificar correctamente los apéndices enfermos, y en base a sus características macroscópicas, sus estadios; estableciendo de esta forma el

tratamiento adecuado para evitar complicaciones post-operatorias, como infección de la herida quirúrgica, abscesos, entre otros.

## **2.2 MARCO INSTITUCIONAL**

El instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, fue fundado el 13 de marzo de 1928 en el gobierno de Isidro Ayora, con la denominación originaria de “Asistencia Social”, desde su creación asume la responsabilidad de garantizar la salud y el bienestar de todos sus afiliados, inicialmente constituida por la clase trabajadora, ámbito de acción que actualmente se extiende a todos los que ejercen actividad laboral en todos las áreas y regiones del país, con o sin relación de dependencia, ampliando su cobertura en una gran masa de la población ecuatoriana, así como diversificando sus servicios y capacidades.

En este contexto se inicia la construcción del Hospital IESS Portoviejo en el año 1979 en una extensión de terreno de 4 hectáreas, para responder la sentida necesidad de la población afiliada, terreno que fue donado por el Dr. Manuel Palomeque Barreiro. Su construcción sufrió muchos retrasos, entre agosto y septiembre de 1994, se realizaron movimientos sociales, paros, huelgas que tenían como objetivo llamar la atención y presionar a las autoridades de turno, para que el Hospital fuera terminado y habilitado, dichos movimientos fueron liderados por la Sra. Dora Miranda Zambrano – Presidenta de los Jubilados. El 4 de octubre de 1994, se da inicio oficialmente la atención médica hospitalaria con los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Laboratorio Clínico y Rayos X; para en el mes de diciembre del mismo año complementar la atención con la implementación de hospitalización con 10 camas en áreas de: Medicina General, Alergología, Fisiatría, Diabetología, Cirugía General, Anestesiología, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Traumatología, Cardiología, Urología y Odontología, paralelo a ello se contaba con dos quirófanos y sala de partos, realizándose como primera intervención una cesárea, obteniéndose una niña viva en perfectas condiciones.

Los talentos humanos que iniciaron esta actividad fueron trasladados del Dispensario N° 9 del IESS Portoviejo, otros del Hospital IESS de Manta y de Chone; siendo el Primer Director de este nosocomio el Dr. José Bosco Barberán Mera.

La respuesta fue positiva como lo demostraron sus indicadores de producción, unido a ello la motivación del personal que, a pesar de no disponer de recursos económicos suficientes, se realizaban las acciones con lo que se disponía, incrementando paulatinamente sus servicios, en respuesta a la creciente demanda, impulsada por la necesidad de nuestros usuarios en la calidad, cantidad y diversidad de los servicios que ofrecíamos.

En octubre 2009 se incrementan 57 camas de las cuales 37 son para el área de clínica y 20 para el área de pediatría, para poder cumplir con la atención integral del niño desde su nacimiento hasta los 6 años, que por decreto presidencia debe ser cumplida, lográndose de esta manera alcanzar el máximo de la capacidad de camas planificadas de este hospital. Paralelo a esto se incrementa un tercer quirófano extendiéndose la programación quirúrgica programada por 12 horas diarias.

Actualmente la atención a los afiliados está basada en la oferta de 45 especialidad: Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Laparoscópica, Neonatología, Urología, Psiquiatría, Otorrinolaringología, Traumatología, Neurocirugía, Neurología, Neumología, Neumología Pediátrica, Alergología, Nefrología, Psicología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Vascular, Cirugía Pediátrica, Anestesiología, Fisiatría, Geriatria, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia, Nutrición y Dietética, Endocrinología, Medicina Física y Rehabilitación, Pediatría, Gastroenterología, Imagenología, Diabetología, Oncología, Anatomopatología, Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, Cirugía Bucal, Medicina Familiar; además cuenta con 100 Médicos Residentes, 2 profesionales doctores en Química y Farmacia, 1 Médico Bacteriólogo, 2 Emergenciólogos, 2 Terapistas respiratorios, 3 Odontólogos, 172 Licenciadas en Enfermería y 134 Auxiliares de enfermería.

La atención en la consulta externa y fisioterapia es de 16 horas diarias; en las otras áreas las jornadas son de 24 horas diarias: Hospitalización, Emergencia, UCI, Cirugía de Emergencia, Laboratorio, Imagenología y Farmacia; esto determina que se atienda a un promedio de 950 consultas diarias en consulta externa; el porcentaje ocupacional de camas es de 98.80% en el año 2015 y los servicios de laboratorio, patología e imagen atienden a 1250 personas diariamente; se realizan cirugías que correspondan al segundo y tercer nivel de complejidad entre las cuales sobresalen las cirugías traumatológicas, vasculares, cirugía general y neurocirugía.

Además, se ha iniciado la atención de visitas domiciliarias a pacientes con enfermedades terminales, discapacitados, diabéticos complicados, que tienen dificultad o imposibilidad para la movilización, trasladándose el equipo médico dentro y fuera de la ciudad. Se ha implementado el Área de Triage para la clasificación de pacientes utilizando la escala de Manchester en el área de emergencia y se ha optimizado Médicos Generales para la atención de los afiliados en consulta rápida para aquellos pacientes crónicos que no ameritan una atención de urgencia ni emergente.

Este Hospital General de II nivel, sensible a la exigencia de nuestros usuarios, que cada vez demanda más servicios, por la confianza y prestigio ganado, ha ido creciendo e implementando otros servicios en medicina general y de especialidades, actualmente cuenta con una capacidad instalada de 124 camas censables y 32 no censables, una oferta de servicios muy amplia y diversa, con muchas especialidades médicas de la más alta calidad técnica y un cuerpo médico acorde a las exigencias de la medicina moderna, que intenta satisfacer la creciente demanda de atención de nuestros afiliados, desarrollando actividades médicas de II y III nivel, con profesionales especializados en las distintas ramas, de esta manera disminuir la sobrecarga que tienen los hospitales de III nivel, ubicados a 300 km. de distancia, pero sobre todo para evitar el inmisericorde peregrinaje de muchos pacientes de esta provincia, agudizado por la inclemente burocracia institucional, para buscar aliviar sus dolencia, muchos de ellos solo por tratamientos ambulatorios como la quimioterapia, o en busca de un procedimiento diagnóstico como resonancias.

Como hospital de referencia provincial, recibimos a nuestros usuarios que son referidos de todas las demás unidades; población que en la actualidad llega a más de 582.825 personas en toda la Provincia de Manabí, que califican su derecho a la atención médica, pertenecientes al seguro general, campesino, jubilados, montepío, cónyuges, voluntarios y dependientes. Servicios que se extienden a toda la red pública, la misma que llega a 1'500.000 habitantes, aspecto que ha sido impulsado por varios factores como: crecimiento poblacional, incremento de los derechos habientes, gratuidad de los servicios de salud, zona de cobertura extensa, entre otros.

Estos aspectos han hecho que las ofertas de nuestros servicios médicos resulten insuficientes y permanezcan frecuentemente abarrotados, haciendo colapsar nuestras capacidades resolutorias, y que tengamos que recurrir frecuentemente a la red pública o privada, muchas veces solo por la falta de disponibilidad de camas en las salas de Medicina General, Neonatología y especialmente Terapia Intensiva.

Este escenario se agrava en forma brusca y severa con el terremoto del 16 de abril del 2016; donde colapsó gran parte de la infraestructura médica en toda la provincia, perteneciente al IESS, a la red pública y la red privada, Hospitales de primer y segundo nivel de atención. La infraestructura médica se redujo en gran medida, este hospital también fue víctima del desastre, afectándose en toda su estructura, y se convirtió en esos nefastos días en un hospital de campaña, desarrollando sus actividades en veredas y parqueaderos, con los recursos que le quedaron supo enfrentar la catástrofe, todo el personal de guarda y el apoyo solidario del resto del personal que acudió al llamado, ofrecieron tenaz batalla contra el dolor, la desesperanza y la muerte. Al tercer día ya había recuperado su capacidad resolutoria al 100%, las constantes réplicas no fueron obstáculo para abrir nuestros servicios, y continuar con nuestro incasable esfuerzo para tratar de cubrir esta inusitada demanda, aunque hasta ahora no tengamos respaldo para ampliar nuestras capacidades en Hospitalización, Consulta Externa o Quirófano, anhelo que se continúa esperando.

## 2.3 VARIABLES

### 2.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Diagnóstico

### 2.3.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Apendicitis Aguda

### 2.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensión	Indicadores	Escalas
Diagnóstico	Determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas.	Quirúrgico	Fase I Fase II Fase III Fase IV	Congestiva Flegmonosa Gangrenosa Perforada
		Patológico	Fase I Fase II Fase III Fase IV	Congestiva Flegmonosa Gangrenosa Perforada



## **CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

La modalidad de investigación fue Cuantitativa. Pues se utilizaron datos estadísticos para la realización de la misma, arrojando resultados cuantificables que se sirvieron de ayuda al describir el planteamiento de las conclusiones.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo y exploratorio.

### **3.3 PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA INFORMACIÓN**

Periodo: Mayo a diciembre del 2016

Área de Estudio: Servicio de Cirugía General del Hospital IESS de Portoviejo, perteneciente al Instituto Ecuatoriano del Seguro Social, zona 4, provincia Manabí, cantón Portoviejo.

### **3.4 UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO**

El universo fue comprendido por 106 pacientes intervenidos quirúrgicamente por el diagnóstico de apendicitis aguda durante el período junio – septiembre del 2016.

La población fue de 78 pacientes que cumplieron con los respectivos criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión: Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de apendicitis aguda que tengan reporte histopatológico de la pieza apendicular extraída.

Criterios de exclusión: Pacientes sin reporte histopatológico de la pieza apendicular extraída.

### **3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

#### **3.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN**

La fuente primaria fue la ficha de recolección de datos diseñada exclusivamente para plasmar la información obtenida de las historias clínicas, las cuales se consideraron como fuente secundaria de la presente investigación.

### **3.5.2 MÉTODOS**

Previa autorización del Hospital IESS Portoviejo, se procede a realizar la revisión de historias clínicas de cada uno de los casos seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, utilizándose la ficha de recolección de datos (Anexo 1) para obtener información relevante en cuanto a caracteres demográficos, diagnóstico quirúrgico y diagnóstico histopatológico encontrados en la sección de ingreso, protocolo quirúrgico e informe histopatológico, respectivamente. Se emplearon medidas estadísticas descriptivas en frecuencia y porcentaje, a través de la construcción de tablas y gráficos. El análisis de la concordancia entre el diagnóstico quirúrgico y el diagnóstico histopatológico se realizó mediante el índice Kappa, prueba no paramétrica que va de -1 (discordancia total) a 1 (concordancia total), y mide el grado de acuerdo inter-observador para variables categóricas, tomándose la existencia de una baja concordancia con valores  $< 0,40$  y una buena concordancia valores  $> 0,60$ . En general, una regla de oro es que un kappa de  $\geq 0,70$  indica que el acuerdo entre evaluadores es adecuado.

### **3.5.3. TÉCNICAS**

Se aplica la ficha de recolección de datos, la cual se completa con los datos de registros de las historias clínicas correspondientes a los casos seleccionados, mismas que se encuentran registradas en formato informático dentro de la base de datos del departamento de estadística del Hospital IESS Portoviejo.

### **3.5.4 INSTRUMENTOS**

Para la recolección de los datos se elaboró una plantilla con secciones. La primera se basa en el registro de los datos demográficos y en la segunda sección se detallan los diagnósticos quirúrgico e histopatológico. (Ver anexos)

## **3.6 PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para el procesamiento estadístico de la información se utilizó el programa de Microsoft® Office Excel 2010, para su análisis se usaron medidas estadísticas de tipo descriptivas tales

como porcentaje y frecuencia. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0 para el análisis estadístico y la obtención del Índice Kappa. Para la presentación de los resultados se usaron tablas y gráficos en Microsoft Word 2010, plasmando además las conclusiones y recomendaciones finales de la investigación.

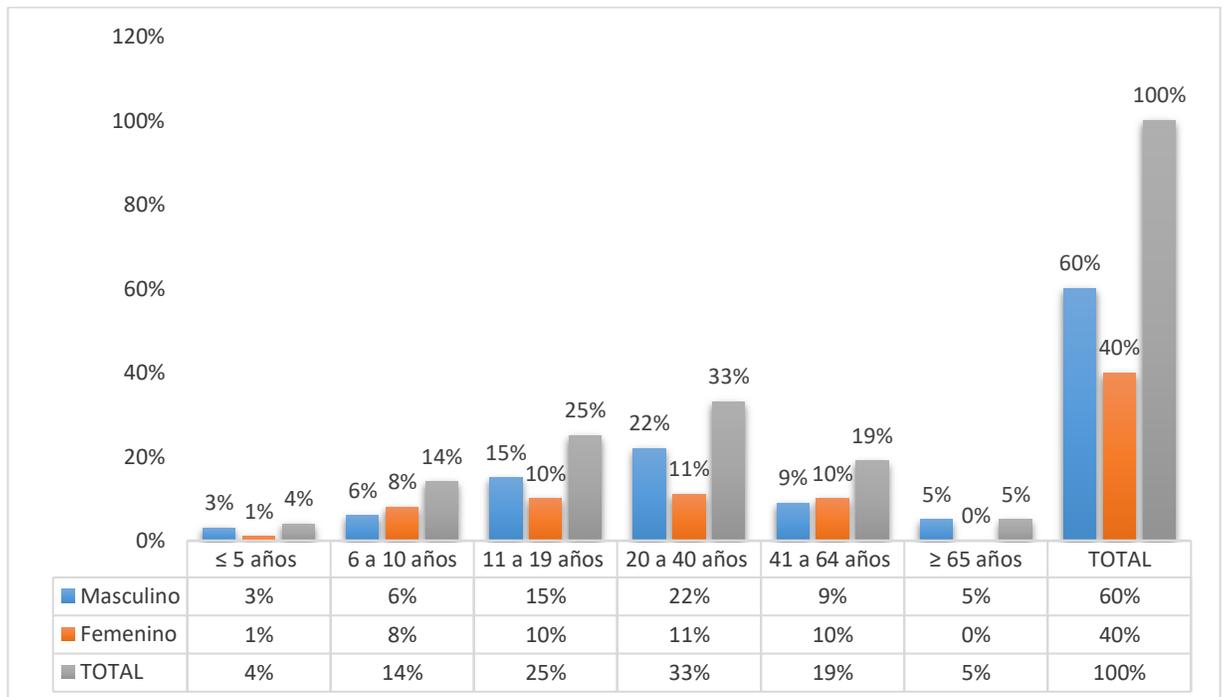
### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

La presente investigación guardó absoluta confidencialidad en cuanto al manejo de la información obtenida; asimismo, cualquier resultado de este estudio que sea publicado no mostrará ninguna información que identifique a los participantes del mismo. Los archivos solo fueron utilizados con fines investigativos y no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### GRAFI-TABLA N°1

#### POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO Y GRUPOS ETARIOS



Fuente: Historias Clínicas

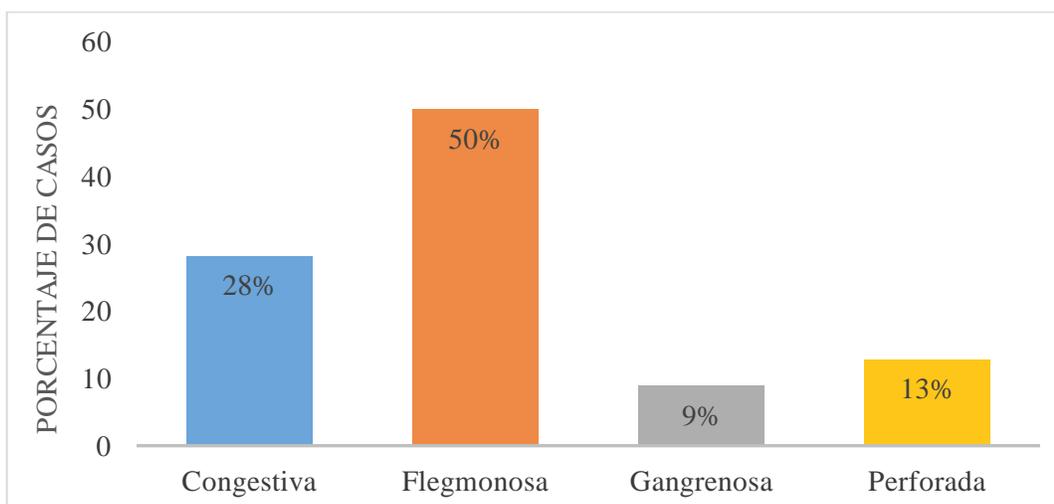
Elaborado por: Arteaga Ortega Melissa Lilibeth

#### Análisis e Interpretación N° 1:

Como se observa en la grafi-tabla 1, en cuanto a la relación entre el género y el grupo etario, se pudo observar con un 33% que el grupo etario con mayor incidencia de apendicitis aguda fue el comprendido entre los 20 a 40 años; predominando en este rango con un 22% el género masculino, presentándose en forma generalizada en un 60% de los casos estudiados. Los grupos etarios  $\leq 5$  años y  $\geq 65$  años presentaron un 4% y 5%, respectivamente, siendo los menos frecuentes en este estudio. Lo cual coincide con la bibliografía donde se evidencia plenamente como el género masculino sigue siendo el más afectado por esta patología. Asimismo, el grupo etario de 20 a 40 años concuerda con el más frecuente en el estudio de Salinas (2012) realizado en nuestro país, evidenciando que las edades extremas son menos frecuentes.

TABLA Y GRAFICO N°1  
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO DE  
APENDICITIS AGUDA

Diagnostico quirúrgico de apendicitis aguda	Número de Casos	Porcentaje
Congestiva	22	28
Flegmonosa	39	50
Gangrenosa	7	9
Perforada	10	13
Total	78	100



Fuente: Historias Clínicas

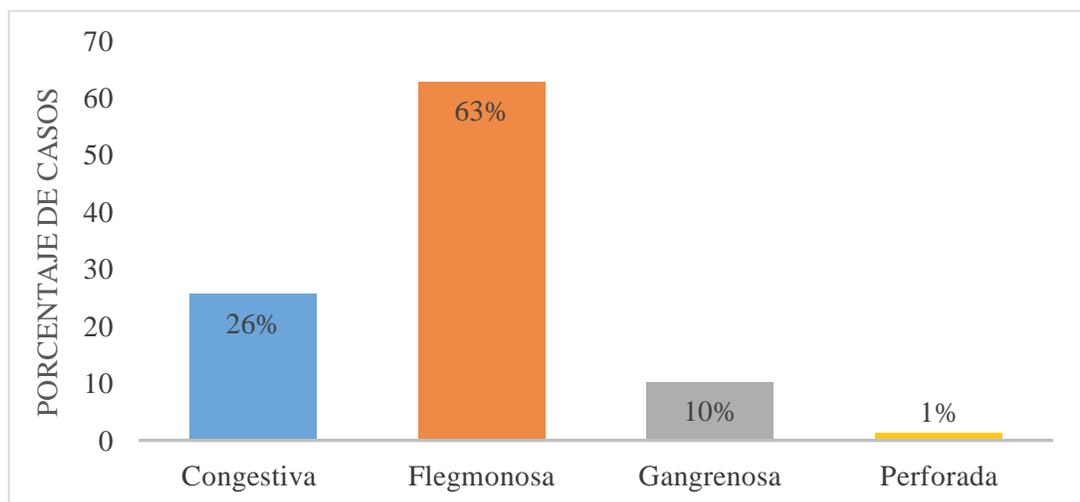
Elaborado por: Arteaga Ortega Melissa Lilibeth

#### Análisis e Interpretación N° 2:

De acuerdo al diagnóstico quirúrgico de apendicitis aguda, se establece con un 50% de los casos que la más frecuente fue la AA flegmonosa, mientras que la menos frecuente fue la AA gangrenosa con un 9% de los casos. Según estos resultados, los cirujanos diagnostican con mayor frecuencia las AA flegmonosas, lo que es equivalente a la fase fibrinopurulenta que menciona ser la más frecuente en el estudio de Rodríguez (2012). Se podría decir, de acuerdo a estos resultados, de las apendicitis diagnosticadas la mayoría no presentaron complicación.

TABLA Y GRAFICO N°2  
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO DE  
APENDICITIS AGUDA

Diagnostico Patológico de apendicitis aguda	Número de Casos	Porcentaje
Congestiva	20	26
Flegmonosa	49	63
Gangrenosa	8	10
Perforada	1	1
Total	78	100



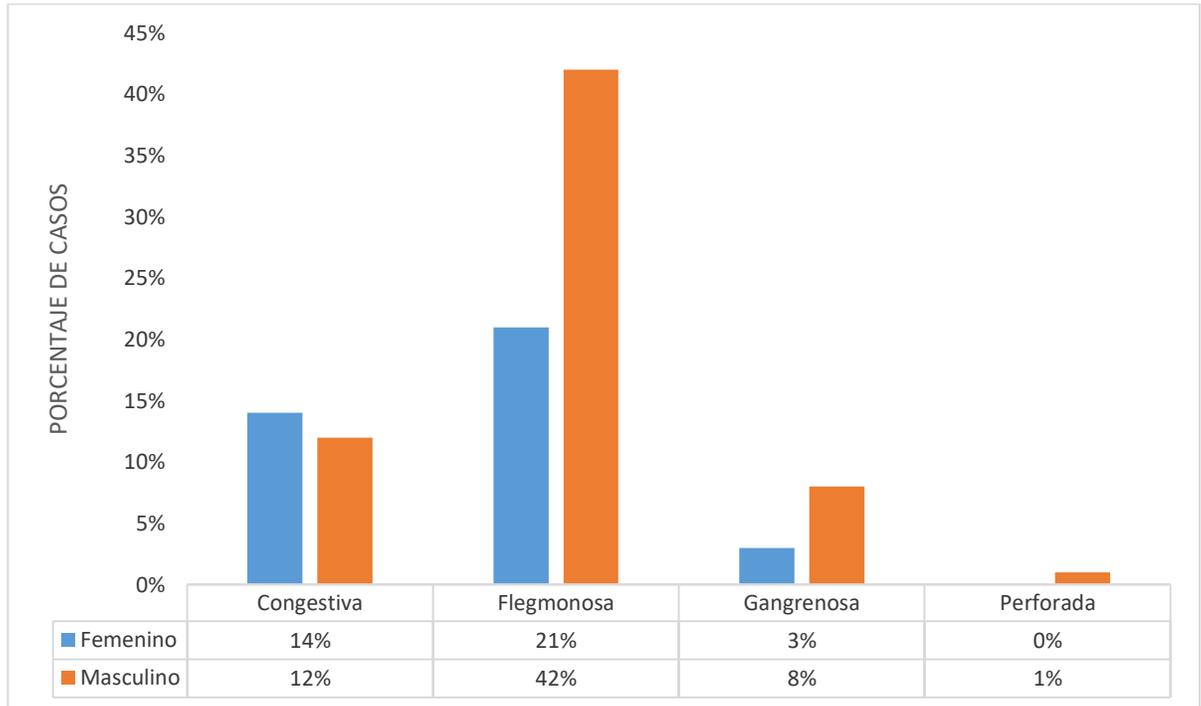
Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Arteaga Ortega Melissa Lilibeth

### Análisis e Interpretación N° 3:

En cuanto al diagnóstico patológico de apendicitis aguda, se establece que la más frecuente es la AA flegmonosa con un 63% de los casos, mientras que de menor frecuencia fue la AA perforada con un 1% de los casos. Asimismo, se evidencia con mayor incidencia la AA flegmonosa dentro de los diagnósticos patológicos, lo cual coincide con Rodríguez (2012). Según este resultado, la AA perforada se presenta en menor proporción, lo cual podría indicar que existe menor retraso en el diagnóstico de esta patología y en su tratamiento.

**GRAFI-TABLA N°2**  
**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO DE**  
**APENDICITIS AGUDA Y GÉNERO**



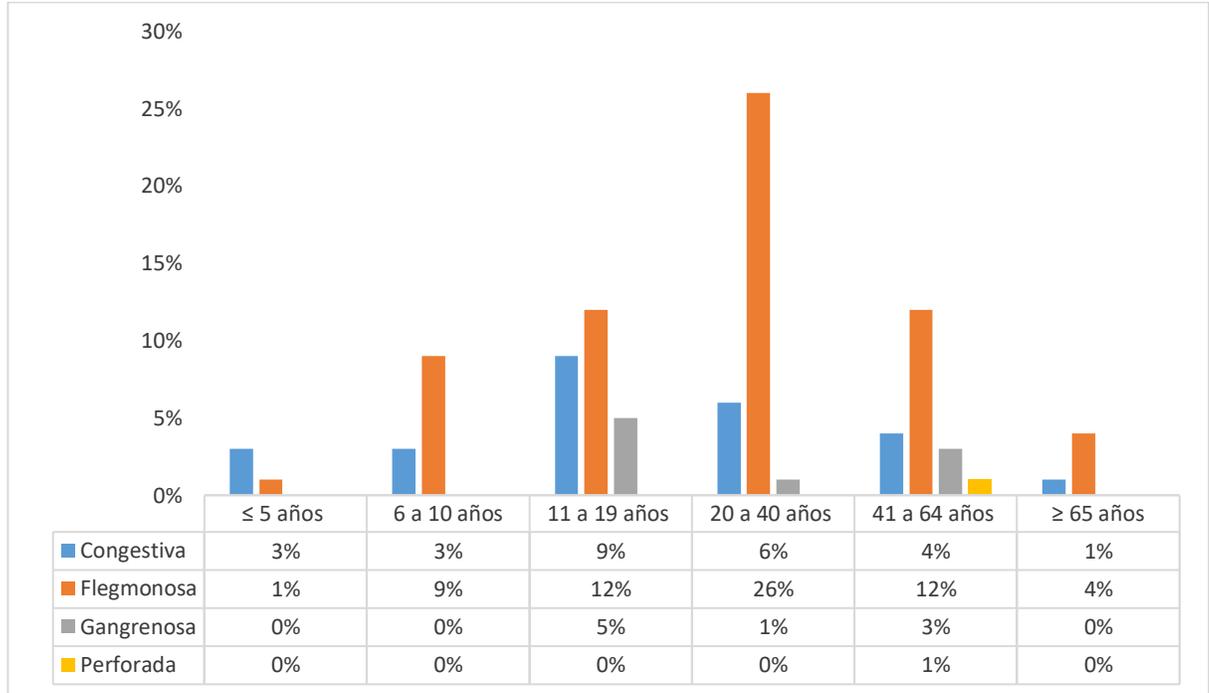
Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Arteaga Ortega Melissa Lilibeth

#### Análisis e Interpretación N° 4:

Según la grafi-tabla 2, donde se relaciona el género con el diagnóstico patológico o definitivo, se presenta con mayor frecuencia la AA flegmonosa tanto en hombres como en mujeres, obteniendo un porcentaje de 42% y 21%, respectivamente. Sigue liderando la fase supurativa entre las demás, acorde al estudio de Rodríguez (2012). En términos generales, es positivo observar como en este estudio se evidencia menos apendicitis complicadas, suponiendo que existe un diagnóstico y tratamiento oportunos.

**GRAFI-TABLA N°3**  
**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO DE**  
**APENDICITIS AGUDA Y GRUPOS ETARIOS**



Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Arteaga Ortega Melissa Lilibeth

#### Análisis e Interpretación N° 5:

De acuerdo a la grafi-tabla 3, en cuanto a la relación entre el diagnóstico patológico de apendicitis aguda y los grupos etarios, se observa como la AA flegmonosa predomina en casi todos los grupos etarios, siendo el más frecuente entre 20 a 40 años con un 26%, tal como concluye Salinas (2012), mostrándose ser menos frecuente en los ≤ 5 años con un 1%, donde además se presentó con mayor frecuencia la AA edematosa con un 3%. Este último dato contrasta con la bibliografía donde reporta que las edades extremas se tienden a relacionar con la apendicitis complicada debido a la dificultad del diagnóstico en estos grupos etarios. (Macias, Cordero, & Fonseca, 2009). Todo esto muestra un manejo oportuno del diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda por parte de los cirujanos.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO: ÍNDICE DE KAPPA

### QUIRÚRGICO \* PATOLÓGICO tabulación cruzada

			PATOLOGICO				TOTAL
			AA Congestiva	AA Flemonosa	AA Gangrenosa	AA Perforada	
QUIRURGICO	AA Congestiva	Recuento % del total	12 15,4%	9 11,5%	1 1,3%	0 0,0%	22 28,2%
	AA Flegmonosa	Recuento % del total	8 10,3%	30 38,5%	1 1,3%	0 0,0%	39 50,0%
	AA Gangrenosa	Recuento % del total	0 0,0%	4 5,1%	2 2,6%	1 1,3%	7 9,0%
	AA Perforada	Recuento % del total	0 0,0%	6 7,7%	4 5,1%	0 0,0%	10 12,8%
TOTAL		Recuento % del total	20 25,6%	49 62,8%	8 10,3%	1 1,3%	78 100,0%

### Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
<b>Medida de acuerdo Kappa</b>	<b>0,277</b>	0,083	3,686	0,000
N de casos válidos	78			

a. No se supone la hipótesis nula

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula

### Análisis e Interpretación N° 6:

El índice kappa obtenido fue de 0,27; lo cual se interpreta como una escasa concordancia, resultado que se asemeja al concluido por Segovia & Figueredo (2012), con un índice de kappa de 0,22 estableciendo así una mala concordancia entre el diagnóstico quirúrgico y el histopatológico. Un índice de kappa aceptable es aquel  $> 0,60$  pero el presente estudio contrasta totalmente con lo ideal. El resultado obtenido se relaciona además con otros

estudios de la serie donde se muestra baja concordancia en cada uno de ellos. Tal es el caso del estudio investigativo realizado por Ramírez (2015), donde presenta un índice de kappa de 0,28; nada lejos de nuestra realidad, traducido como una baja concordancia en el estadiaje realizado por los cirujanos y patólogos. Según estos resultados, los cirujanos no clasifican correctamente la apendicitis aguda por estadíos. Esto probablemente se deba a la falta de experiencia de algunos cirujanos, además depende mucho de la formación profesional de cada uno de ellos, así como de las destrezas individuales que ellos posean al observar macroscópicamente la pieza apendicular.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

Una vez finalizada la presente investigación se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- La concordancia entre el diagnóstico quirúrgico y el diagnóstico patológico, según el índice de kappa, fue de 0,27 pudiendo establecer una escasa concordancia en su interpretación estadística. Esto demuestra que existe una pobre capacidad por parte de los cirujanos para diagnosticar por estadíos la apendicitis aguda.
- El género masculino tiene una mayor predisposición a desarrollar apendicitis aguda en comparación al sexo femenino en una proporción aproximada de 2:1. El grupo etario con mayor frecuencia de apendicitis aguda fue el comprendido entre los 20 a 40 años, en contraste, el menos afectado es el comprendido por las edades extremas, tratándose de los menores de 5 años y los mayores de 65 años de edad.
- Tanto en el diagnóstico quirúrgico como en el diagnóstico patológico por estadíos, la apendicitis aguda flegmonosa fue la más frecuente en la población de estudio. Demostrando que en la mayoría de los casos se encontró apendicitis aguda no complicada.
- Asimismo, en la mayoría de los grupos etarios se presentó con mayor frecuencia la apendicitis aguda flegmonosa, a excepción en los menores de 5 años donde se encontró con mayor proporción la apendicitis aguda congestiva. Supone un manejo oportuno en el diagnóstico y tratamiento evidenciado por el predominio de apendicitis aguda no complicada en la población de estudio.

## **RECOMENDACIONES**

Una vez concluido el trabajo investigativo y analizado los resultados, se pueden formular las siguientes recomendaciones:

Capacitar al personal de salud, incluyendo internos y médicos residentes, para la práctica del reconocimiento macroscópico de los diferentes estadíos de la apendicitis aguda durante la intervención quirúrgica, incentivando a los médicos cirujanos para su autoeducación y a la docencia que puedan impartir a médicos con menor experiencia, pretendiendo de esta manera determinar un diagnóstico quirúrgico adecuado.

Realizar estudios de concordancia quirúrgico-patológica, que además incluya el aspecto clínico, sirviendo como base el presente estudio investigativo, para conocer las estadísticas en los diferentes centros hospitalarios de nuestro medio, determinando las fortalezas y debilidades del equipo quirúrgico y actuar de acuerdo a estas.

Educar a la población en general para que ante un cuadro de dolor abdominal acudan a una unidad de salud lo más pronto posible, evitando la automedicación, pudiendo llegar así a un diagnóstico y tratamiento oportunos y evitar la progresión de la enfermedad hasta su complicación.

## PRESUPUESTO

<b>RECURSOS REQUERIDOS</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Materiales</b>	<b>Presupuesto</b>
Planificación, logística y entrega de la ficha del Trabajo de Titulación	Ejecutora del proyecto	Materiales de oficina, Laptop, Artículos científicos, Transporte	\$45.00
Confección del modelo de recolección de datos.	Tutor de investigación Ejecutora del proyecto	Materiales de oficina, Laptop, Impresiones	\$8.00
Identificación de casos de apendicectomía y obtención de datos estadísticos	Tutor de investigación Ejecutora del proyecto Personal de estadística	Materiales de oficina, Ficha de recolección de datos, Transporte	\$120.00
Fabricación de plantilla de concentrado de datos.	Ejecutora del proyecto	Materiales de oficina, Laptop, Impresiones	\$5.00
Producción y análisis de resultados obtenidos	Ejecutora del proyecto	Materiales de oficina, Laptop, Programa estadístico	\$40.00
Creación de conclusiones y discusión del proyecto.	Ejecutora del proyecto Tutor de investigación	Materiales de oficina, Laptop, Artículos científicos, Impresiones	\$10.00
Digitalización, impresión y entrega del proyecto	Ejecutora del proyecto	Laptop, Impresiones	\$50.00
<b>TOTAL</b>			<b>\$278.00</b>

## CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	UNIDAD TIEMPO
Planificación, logística y entrega de la ficha del Trabajo de Titulación	Mayo 2016
Confección del modelo de recolección de datos	Junio 2016
Identificación de casos de apendicectomía y obtención de datos estadísticos	Julio – Octubre 2016
Fabricación de plantilla de concentrado de datos	Septiembre 2016
Producción y análisis de resultados obtenidos	Octubre 2016
Creación de conclusiones y discusión del proyecto	Noviembre - Diciembre 2016
Digitalización, impresión y entrega del proyecto	Diciembre 2016

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bliss, D., Mckee, J., Cho, D., Krishnaswami, S., Zallen, G., Harrison, M., et al. (2010). Discordance of the pediatric surgeon's intraoperative assessment of pediatric appendicitis with the pathologists report. *Journal of Pediatric Surgery*, 45(7), 1398-1403. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2010.02.048
- Daskalakis, K., Juhlin, C., & Pählman, L. (2013). The use of pre - or postoperative antibiotics in surgery for appendicitis: a systematic review. *Scandinavian Journal of Surgery*, 103(1), 14-20. doi: 10.1177/1457496913497433
- García, D., Mensa, J., & Domínguez, B. (2012). *Terapéutica Médica en Urgencias*. 3era ed. España: Editorial Médica Panamericana.
- Hidalgo, K. (2014). *Valoración del score de Respuesta Inflamatoria a Apendicitis (AIR) como herramienta diagnóstica para apendicitis aguda comparado con resultado histopatológico en pacientes atendidos por el servicio de Cirugía General en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo septiembre 2013 – marzo 2014*. (Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7383/11.27.000895.pdf?sequence=4>
- Hussain, A., Mahmood, H., Singhal, T., Balakrishnan, S., & El-Hasani, S. (2012). What is positive appendicitis? A new answer to an old question: Clinical, macroscopical and microscopical findings in 200 consecutive appendectomies. *Singapore Medicine Journal*, 50(12), 1145 - 1149. Recuperado de: <http://smj.sma.org.sg/5012/5012a2.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). *La apendicitis aguda es la causa de mayor morbilidad en Ecuador*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-apendicitis-aguda-es-la-causa-de-mayor-morbilidad-en-ecuador/>

- Jarrín, J., & Salgado F. (2014). *Riesgo de infección del sitio quirúrgico de la dosis única de profilaxis antibiótica versus la antibioticoterapia corta, en la apendicitis aguda necrótica, en el servicio de cirugía general del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano, Santo Domingo de los Tsáchilas.* (Tesis de postgrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Kulikoff, B., Vargas, F., & Rodríguez, C. (2009). Correlación clínico patológica en la apendicitis aguda pediátrica: revisión de 782 casos. *Medwave Revista Biomedica revisada por pares*, 9(10), 4215. doi: 10.5867/medwave.2009.10.4215
- Lawrence, P., Bell, R., & Dayton, M. (2012). *Essentials of General Surgery*. 5a ed. EEUU: Editorial Lippincott Williams & Wilkins. p. 294-297.
- Macias, M., Cordero, A., & Fonseca, I. (2009). Apendicitis: Incidencia y correlación clínico patológica: Experiencia de 5 años. *Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica*, 16(4), 170-175. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexcirped/mcp-2009/mcp094c.pdf>
- Maldonado, P., & López, R. (2012). *Factores de riesgo en apendicitis aguda complicada en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.* (Tesis de grado, Universidad de Cuenca). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3483/1/MED20.pdf>
- Petrosyan, M., Estrada, J., Chan, S., Somers, S., Yacoub, W.N., Kelso, R.L., et al. (2013). CT Scan in Patients with Suspected Appendicitis: Clinical Implications for the Acute Care Surgeon. *European Surgical Research*, 40(2), 211–219. DOI: 10.1159/000110863
- Ramirez, P. (2015). *Concordancia entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en el Hospital San Juan De Lurigancho de enero a diciembre del año 2014.* (Tesis de grado, Universidad Mayor de San

Marcos). Recuperado de:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4098/1/Ramirez\\_pp.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4098/1/Ramirez_pp.pdf)

Reyes, N., Zaldívar, F., Cruz, R., Sandoval, M., Gutiérrez, C., & Athié, C. (2012). Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada. *Cirujano General*, 34(2), 101-106. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992012000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000200002&lng=es&tlng=es).

Rodriguez, J. (2012). *Prevalencia de apendicitis aguda en pacientes adultos del Hospital Martin Icaza y protocolo de manejo actualizado Babahoyo 2011*. (Tesis de grado, Universidad de Guayaquil). Recuperado de:  
[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9560/1/UNIVERSIDAD%20DE%20GUAYAQUIL%20\(JOHANA%20RODRIGUEZ%20VEGA\).pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9560/1/UNIVERSIDAD%20DE%20GUAYAQUIL%20(JOHANA%20RODRIGUEZ%20VEGA).pdf)

Salinas, S. (2012). *Correlación clínico – patológica de apendicitis aguda en pacientes intervenidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS Loja durante el periodo enero 2010- junio 2011*. (Tesis de grado, Universidad Nacional de Loja). Recuperado de:  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6683/1/Salinas%20Ochoa%20Stefany%20Mishel%20.pdf>

Segovia, H., & Figueredo, S. (2012). Concordancia quirúrgico - patológica en el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Anales de Facultad de Ciencias Médicas*, 45(1), 35 – 43. Recuperado de:  
<http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v45n1/v45n1a04.pdf>.

Shaveta, S., Deepti, M., Mohsin, R., Shazia, B., Ather, H., & Mir, W. (2014). Histopathology of Appendectomy Specimen: A 5 Year Study. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 2(1), 176 - 180. Recuperado de:  
<http://saspublisher.com/wp-content/uploads/2014/03/SJAMS-21B176-180.pdf>

Shrivastava, U., & Sudipta, S. (2012). *Abordaje en Emergencias Quirúrgicas*. (Traducido al español de An Approach to Surgical Emergency). Venezuela: Editorial AMOLCA.

Wilms, I., de Hoog, D., de Visser, D., & Janzing, H. (2011). Appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD008359). DOI: 10.1002/14651858.CD008359.pub2.

## ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA



### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CONCORDANCIA QUIRÚRGICO – PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE  
APENDICITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL  
HOSPITAL IESS PORTOVIEJO”

Objetivo General: Determinar la concordancia quirúrgico – patológica en el diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio de cirugía general del Hospital IESS Portoviejo.

HISTORIA CLÍNICA:

FICHA N°:

#### CARACTERES DEMOGRÁFICOS

EDAD:

SEXO:

<b>DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO</b> (SEGÚN EL PROTOCOLO OPERATORIO)	<b>DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO</b> (SEGÚN REPORTE HISTOPATOLÓGICO)
Congestiva <input type="checkbox"/>	Congestiva <input type="checkbox"/>
Flegmonosa <input type="checkbox"/>	Flegmonosa <input type="checkbox"/>
Gangrenosa <input type="checkbox"/>	Gangrenosa <input type="checkbox"/>
Perforada <input type="checkbox"/>	Perforada <input type="checkbox"/>

## EVIDENCIA ESTADÍSTICA

### Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
QUIRURGICO * PATOLOGICO	78	100,0%	0	0,0%	78	100,0%

### QUIRURGICO \*PATOLOGICO tabulación cruzada

			PATOLOGICO				Total
			1,00	2,00	3,00	4,00	
QUIRURGICO	1,00	Recuento	12	9	1	0	22
		% del total	15,4%	11,5%	1,3%	0,0%	28,2%
	2,00	Recuento	8	30	1	0	39
		% del total	10,3%	38,5%	1,3%	0,0%	50,0%
	3,00	Recuento	0	4	2	1	7
		% del total	0,0%	5,1%	2,6%	1,3%	9,0%
	4,00	Recuento	0	6	4	0	10
		% del total	0,0%	7,7%	5,1%	0,0%	12,8%
Total		Recuento	20	49	8	1	78
		% del total	25,6%	62,8%	10,3%	1,3%	100,0%

### Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
MEdida de acuerdo	Kappa	,277	,083	3,686	,000
N de casos válidos		78			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

Análisis estadístico del índice de Kappa obtenido por el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0

<u>Índice Kappa</u>	<u>Interpretación</u>
0.00 – 0.20	Ínfima concordancia
0.20 – 0.40	Escasa concordancia
0.40 – 0.60	Moderada concordancia
0.60 – 0.80	Buena concordancia
0.80 – 1.00	Muy Buena concordancia

Índice de Kappa y su interpretación

3  
HOSPITAL GENERAL PORTOVIJEJO  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO SUBROGANTE  
HUGO RICARDO LOOR INTRIAGO

**Memorando Nro. IESS-HG-PO-STHA-2016-2130-M**

**Portoviejo, 28 de octubre de 2016**

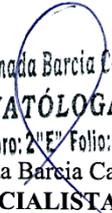
**PARA:** Sr. Ing. Hugo Ricardo Loor Intriago  
**Director Administrativo Hospital General de Portoviejo, Subrogante**

**ASUNTO:** Tema de Tesis

De mis consideraciones

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más respetuosa , en contestación a la solicitud de la estudiante de medicina ARTEAGA ORTEGA ,MELISSA LILIBETH , para recolectar datos sobre la correlación quirúrgica y patológica en el diagnóstico de apendicitis aguda, considero que dicho tema es de interés para la institución donde laboramos , además dicho datos quedarán en una base de datos en el departamento de docencia , por lo que doy la autorización para que la estudiante recopile la información.

Atentamente,

  
Dra. Maria Amada Barcia Cansino  
**REUMATÓLOGA**  
REG. MSP. Libro: 2 "E" Folio: 1 No. 1  
Dra. Maria Amada Barcia Cansino  
**MEDICO ESPECIALISTA REUMATOLOGA**

BB



Revisado  
22/12/2016  


---

**:::plagium™**

**Informe**

---

**CONCORDANCIA QUIRÚRGICO-PATOLÓGICA EN  
EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA-  
ARTEAGA ORTEGA MELISSA LILIBETH.doc**

22/12/2016

Certificado # 16SP-12CD-22B5-IVAC

## Resumen del informe



**Información:** Su documento contiene algunos textos que son casi idénticos a algunos contenidos que encuentra en internet. Hemos mostrado estos resultados para su información, pero hay una baja posibilidad de plagio. Es posible que desee comprobar los resultados de todos modos.



Los siguientes 12 documentos probablemente estén haciendo uso del texto introducido:

### Hidratación | Club PA | Proyecto Aventura

...La deshidratación es un factor limitante en el desempeño del deportista, puede afectar su rendimiento e incluso, en el peor de los casos, provocar la muerte... Ver más. 2012-06-22 Tipos de Bebidas El creador .....

URL: <https://www.proyectoaventura.com/site/9/section/1796/hidratacion>

Coincidencias:9%

### Los riesgos de la deshidratación | Club PA | Proyecto Aventura

...La deshidratación es un factor limitante en el desempeño del deportista, puede afectar su rendimiento e incluso, en el peor de los casos, provocar la muerte... facebook twitter youtube Menu. Menu. INICIO; INFORMACIÓN GENERAL; PRECIO E INSCRIPCIONES .....

URL: [https://www.proyectoaventura.com/9\\_1912\\_los-riesgos-de-la-deshidratacion-.html](https://www.proyectoaventura.com/9_1912_los-riesgos-de-la-deshidratacion-.html)

Coincidencias:9%

### Valle Romano, publicidad mal planteada | GAYARRE infografía

...El impacto de una bola de golf puede, en el peor de los casos, provocar la muerte. Si son incrédulos... hagan la prueba. La anécdota es la excepción. Valle Romano, comunicación equivocada....

URL: <http://www.gayarre.eu/2011/12/15/valle-romano-publicidad-mal-planteada/>

Coincidencias:8%

### Gym | Personal Trainer Mallorca | Tania Sedeño Jiménez | Página 4

..... en el peor de los casos, provocar la muerte. Hay un aspecto fundamental por el que cada nuevo aficionado al deporte debe interesarse incluso .....

URL: <http://www.tsjtrainer.com/category/gym/page/4/>

Coincidencias:8%

### HONDURAS. Los embarazos en menores se incrementan un 8,3% ...

..... y esto puede terminar en abortos sépticos y tener complicaciones como perforaciones en el útero, el intestino y en el peor de los casos provocar la muerte. ....

URL: <http://www.yosoymadresoltera.org/honduras-los-embarazos-en-menores-se-incrementan-un-83/>

Coincidencias:8%

### octubre | 2014 | | Página 3

...Las consecuencias del golpe de calor pueden ser leves o muy graves, llegando incluso a ser irreversibles; y en el peor de los casos provocar la muerte del animal. Todo depende de varios factores:-La temperatura-El tiempo de exposición...

URL: <https://centroveterinariomontevil.wordpress.com/2014/10/page/3/>

Coincidencias:8%

### Dr. Alberto R. Mizrachi - revistamedicocientifica.org

...Se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda y situs inversus totalis. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta. SIGNOS VITALES . Presión arterial . 120/70 . Frecuencia cardiaca : 90 : cpm. Frecuencia respiratoria : 16 : cpm. Temperatura :...

URL: <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/73/public/73-256-1-PB.pdf>

Coincidencias:6%

#### **“Utilidad y valor del score de Alvarado en el diagnóstico de ...**

...mente confirma el diagnóstico de apendicitis aguda. Sin embargo este signo está presente tan solo en el 10 al 15 % de los casos. Signos indi- rectos pero más .....

URL: <http://www.guardiaclinicas.com.ar/wp-content/uploads/2014/02/Utilidad-y-valor-del-score-de-Alvarado-en-el-diagn%C3%B3stico-de-apendicitis-aguda-en-la-urgencia.pdf>

Coincidencias:6%

#### **Cirugía laparoscópica ante la sospecha clínica de apendicitis ...**

...Si tras la colocación de este segundo trocar se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda se coloca un tercer trocar de 10-11 mm en la fosa ilíaca izquierda o en la línea media infraumbilical para practicar la apendicectomía....Si tras la colocación de este segundo trocar se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda se coloca un tercer trocar de 10-11 mm en la fosa ilíaca izquierda o .....

URL: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cirugia-laparoscopica-ante-sospecha-clinica-10006>

Coincidencias:6%

#### **Un par de consejos nunca están de más...**

...Si se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda, es imprescindible la intervención quirúrgica para extirpar el órgano enfermo. \*Las perturbaciones digestivas son tan frecuentes que, muchas veces, .....20 Feb 2014 ... CUANDO EL APÉNDICE SE INFLAMA ANTE UNA INDIGESTIÓN, DEBE EXTIRPARSE. Si se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda, .....

URL: <http://triopitagoriko.blogspot.com/>

Coincidencias:6%

#### **Las dificultades de diagnóstico de apendicitis aguda en lactantes ...**

...20 Sep 2016 ... La presencia de síntomas confirma el diagnóstico de apendicitis aguda.Sin embargo, la definición de este síntoma es difícil, sobre todo en .....

URL: <http://upladdy.com/es/pages/1599577>

Coincidencias:5%

#### **Corujo queda descartado del clásico por apendicitis | 10 Clasico**

...Luego de una completa evaluación en la Clínica Las Condes, se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda. Con ese panorama, Sebastián Beccacece deberá mover sus piezas, esto considerando que Corujo era un claro titular. ¿La solución?...

URL: <http://10clasico.com/udechile/corujo-descartado-del-clasico/>

Coincidencias:5%

## Informe detallado



---

<b>Page 2</b>	<b>Consultas encontradas: 1/21</b>	<b>Documentos encontrados: 6</b>	<b>Coincidencias: 7%</b>
<b>Page 3</b>	<b>Consultas encontradas: 1/13</b>	<b>Documentos encontrados: 6</b>	<b>Coincidencias: 10%</b>

---

Consultas encontradas: 0/13 Documentos encontrados: 0

Se conoce como apendicitis aguda al proceso inflamatorio a nivel del apéndice. Dicha estructura, también descrita como apéndice cecal o vermicular, se encuentra localizada en la primera porción del intestino grueso llamada ciego; se trata de una estructura tubular de color rosado, de aproximadamente 7 a 8 milímetros de diámetro, cuyas longitudes fluctúan entre 2 y 30 centímetros, en promedio de 6 a 9 centímetros. Debido a la presencia de gran cantidad de tejido linfoide en éste, su función ha sido discutida en estos últimos años, pasando de ser una estructura sin función alguna, a fomentar la teoría de poseer alguna función linfoidea, como creerían algunos autores. (Jarrín & Salgado, 2014)

La apendicitis aguda (AA) se ha reconocido como la causa más importante de dolor abdominal agudo que demanda tratamiento quirúrgico, siendo la urgencia quirúrgica más habitual en el área de emergencia. La incidencia anual se aproxima a 1 00 por cada 100.000 habitantes, se podría decir que entre el 5 y 15% de la población presentará este cuadro apendicular alguna vez en su vida. En cuanto al género, existe un franco predominio en el masculino. Además, se ha evidenciado ser más frecuente hacia los 20 y 30 años de edad, y menos frecuente en las edades extremas de la vida aunque relacionándose con mayor complicaciones. (Segovia & Figueredo, 2012). En el Ecuador, se registró 38.060 casos de apendicitis aguda durante el 2015, lo cual precisa una tasa de 23,38 casos por cada 10.000 habitantes, contribuyendo de este modo a ser la más frecuente entre las patologías que ameritan hospitalización en todo el país. (INEC, 2016).

La AA se trata de una entidad originada por causa obstructiva. En cuanto a su evolución natural, dicha obstrucción de la luz apendicular distiende el apéndice, haciendo que la secreción mucosa se acumule y aumente la proliferación de bacterias introduciéndose en la pared apendicular. Todo esto dificulta el flujo sanguíneo y linfático del apéndice, presentándose así congestión vascular y trombosis venosa que necrosa el tejido perforándose eventualmente, causando absceso localizado o peritonitis, pudiendo causar la muerte. (Segovia & Figueredo, 2012)

Consultas encontradas: 1/21 Documentos encontrados: 6 Coincidencias: 7%

El diagnóstico es clínico y en general no presenta dificultades, salvo en casos particulares, como en el embarazo o en las edades extremas de la vida, presentando semiología compleja en algunas ocasiones, la presencia de variantes anatómicas del apéndice, la automedicación, entre otros; que hacen que el diagnóstico se retrase entorpeciendo el cuadro apendicular. (Macías, Cordero, & Fonseca, 2009)

En cualquiera de los casos, ningún signo, síntoma o examen complementario, por sí solo, **confirma el diagnóstico de apendicitis aguda**. No obstante, generalmente con una buena anamnesis y una meticulosa exploración física se puede realizar el diagnóstico. (Shrivastava & Sudipta, 2012). Para el diagnóstico quirúrgico e histopatológico se utilizan las características tanto macroscópicas como microscópicas, estableciendo la apendicitis aguda por fases o estadios acorde a los cambios fisiopatológicos que explican la evolución de la enfermedad desde una apendicitis no complicada a una complicada. (Kulikoff , Vargas, & Rodríguez, 2009)

Comúnmente, se considera que la apendicitis aguda posee una clasificación clínico-patológica en cuatro grados o estadios: inflamatoria inicial o catarral, su purativa, necrótica y perforada; considerando a éstas dos últimas como apendicitis aguda complicada, aunque otros autores, consideran a la apendicitis complicada únicamente a aquella que presenta perforación macroscópica evidente . (Ramírez, 2012)

1. Apendicitis Congestiva o Catarral. Se explica por la oclusión de la luz apendicular, donde se secreta cada vez más secreción mucosa distendiendo el apéndice por aumento de la presión dentro de éste, gracias a esto, existe congestión vascular a predominio venoso y exudado plasmoleucocitario que infiltra las paredes del apéndice. Todo lo cual se evidencia a nivel macroscópico con edema. (Ramírez, 2015)

2. Apendicitis Flegmonosa. A medida que existe la colección de secreciones mucosas dentro del apéndice, se produce el sobrecrecimiento bacteriano que favorece la invasión de bacterias hacia la pared apendicular, misma que a estas alturas se encuentra ulcerada debido al compromiso vascular. Ésta pared invadida de PMN presentará necrosis en sus capas más internas, pero al exterior se puede observar, aparte de edema y congestión,

Consultas encontradas: 1/13 Documentos encontrados: 6 Coincidencias: 10%

exudado y gleras fibrinopurulentas lo cual caracteriza este estadio macroscópicamente. (Ramirez, 2015)

3. Apendicitis Gangrenosa. También llamada necrótica, es aquella cuyo compromiso congestivo y supurativo ha sido tal, que produce mayor compresión vascular afectando la circulación arterial, aparte del existente sobrecrecimiento bacteriano, contribuye a la necrosis total de la pared apendicular. A la observación macroscópica se observa grandes áreas de ulceración hemorrágica y necrosis, aparte de las características de estadios anteriores, se Microscópicamente se observa infiltrado PMN y otros componentes propios de la inflamación, además de necrosis de l tejido con pequeñas perforaciones de la pared. (Ramirez, 2015)

4. Apendicitis Perforada. Como su nombre lo indica, el apéndice llega a un estado en el cual las situaciones anteriores desarrollan perforación plena de la pared, es decir, todas esas pequeñas perforaciones se agrandarán y formarán soluciones de continuidad vistas tanto macroscópica como microscópicamente, acompañadas de características de estadios anteriores. La salida de exudado fibrinopurulento, y del contenido apendicular incluyendo el fecalito impactado, como causa más común, puede originar con facilidad abscesos, plastrón apendicular, peritonitis localizada y generalizada, e incluso, **en el peor de los casos provocar la muerte.** (Ramirez, 2015)

En todo caso, es prioridad para el cirujano diagnosticar de forma correcta y a tiempo la AA, puesto que en los casos de abdomen agudo el tiempo transcurrido juega un papel muy importante en la evolución natural y aumenta la probabilidad que se presenten posibles complicaciones que causarían la muerte del paciente. (Macias, Cordero, & Fonseca, 2009)

En la actualidad, es bien sabido que para el tratamiento de la apendicitis aguda el gold standard es la apendicetomía, pudiendo ser por cirugía convencional o laparoscópica; la misma que representa alrededor del 1% de todas las cirugías realizadas de emergencia. Se ha aceptado que hasta un 15% de apendicetomías arrojen un apéndice normal como hallazgo transquirúrgico o anatomopatológico, dato que ha disminuido considerablemente hasta un 7,2%, con el advenimiento y mayor utilización de métodos diagnósticos como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) o la Laparoscopia

Consultas encontradas: 0/6 Documentos encontrados: 0

Diagnóstica Ultrasonografía, ha reducido los resultados negativos ante la cirugía. (Wilms, de Hoog, de Visser, & Janzing, 2011)

Es primordial clasificar la AA por estadios según las características macroscópicas encontradas en el apéndice durante la intervención quirúrgica, pues, de aquello depende el tipo de tratamiento antibiótico prescrito para cada paciente; además, determina el pronóstico, la estancia hospitalaria ( más relacionada con infecciones nosocomiales) y evita gastos innecesarios al sistema de Salud mejorando la calidad del servicio prestado. (Segovia & Figueredo, 2012)

Para el tratamiento antibiótico post-apendicectomía, no existe un protocolo establecido que estandarice la mejor opción terapéutica en este caso, pero lo que sí ha sido adoptado por muchos servicios de cirugía es que se debe tomar en cuenta el estadio de AA para así destinar la conducta adecuada a seguir de acuerdo a las diferentes situaciones anteriormente citadas. En las AA no complicadas (congestivas y flegmonosas) se requiere de un tratamiento antibiótico y estancia hospitalaria de aproximadamente 24 horas. En los casos de AA complicadas (gangrenosas y perforadas), se determina doble antibióticoterapia durante 7 a 10 días, requiriendo una hospitalización de al menos 72 horas y luego continuar ambulatoriamente por vía oral según tolerancia. (Segovia & Figueredo, 2012)

[Revisar texto](#)
[Revisar URL](#)
[Revisar archivo \(3\)](#)
[Mis búsquedas](#)
[Mis alertas](#)
Español ▾

[Subir archivo](#)
[Subir archivos por lotes](#)

Sólo se aceptan archivos de texto (txt), archivos de Word (doc y docx) y PDF (pdf).

Selecciona archivo

Busca a través de:  la web  noticias  archivos

*El archivo cargado en esta sección será analizado párrafo por párrafo y comparado con documentos similares que se encuentran en la internet.*

Su archivo se ha cargado. Por favor, espere hasta que el archivo se ha verificado por Plagium. ✕

Usted no tiene 3 archivos.

Su archivo	Busca a través de	Verificación	Tamaño	Páginas	Estatus	Creado	Encontrado	Coincidencias	
CONCORDANCIA QUIRÚRGICO-PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE APÉNDICITIS AGUDA-ARTEAGA ORTEGA MELISSA.doc	La Web	<span style="background-color: #4CAF50; color: white; padding: 2px 5px;">Una vez</span>	8,153	4	<span style="background-color: #4CAF50; color: white; padding: 2px 5px;">Listo</span>	Dec 22, 2016	12	<span style="background-color: #4CAF50; color: white; padding: 2px 5px;">9%</span>	<span style="background-color: #2196F3; color: white; padding: 2px 5px;">Ver</span>