

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

“COMPARACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.”

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Bach. Med. Humana. DICK CHRISTIANS CHÚ TENAZOA

Asesor:

Med. Cir. Dr. JORGE HUMBERTO RODRÍGUEZ GÓMEZ

Tarapoto - Perú


2017

CONSTANCIA DE ASESORÍA DE TESIS

Yo, RODRÍGUEZ GÓMEZ JORGE HUMBERTO, identificado con DNI N° 01127157, de profesión Médico Cirujano, especialista en Medicina Interna, Doctor en Gestión Universitaria y docente asociado a tiempo completo en la facultad de Medicina Humana de UNSM – T, en calidad de asesor de tesis **DEJO CONSTANCIA** que, Dick Christians Chú Tenazoa, Bachiller de la Facultad de Medicina Humana, ha concluido el trabajo de tesis denominado: **COMPARACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.**

La mencionada tesis ha sido revisada en todas sus páginas y reúne los requisitos exigidos, por tanto, autorizo su presentación para los fines legales requeridos, ya que es original y cumple con las exigencias de fondo y de forma requeridas por la Facultad de Medicina Humana de la UNSM – T.

Morales, del 2017



Med. Cir. Dr. Jorge Humberto Rodríguez Gómez
Asesor de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“COMPARACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y
QUIRÚRGICO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL
II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.”

COMITÉ DE TESIS:


Dra. Alicia Bartra Reátegui
PRESIDENTE


Med. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar
SECRETARIO


Med. Manuel Isaac Pérez Kuga
MIEMBRO


Dr. Jorge Humberto Rodríguez Gómez
ASESOR

TARAPOTO – PERÚ

2017

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	CAU TENAJOS DICK CHRISTIAN	
Código de alumno :	104305	Teléfono: 94280/837
Correo electrónico :	dickchito@hotmail.com	DNI: 71748219

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	MEDICINA HUMANA.
Escuela Profesional de:	MEDICINA HUMANA.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Comparación entre el tratamiento farmacológico y quirúrgico del Absceso Hepático Amebiano. Hcto 27 del 11-2 Tarapoto. Período 2007-2016.
Año de publicación:	2017.

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia **CREATIVE COMMONS**

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

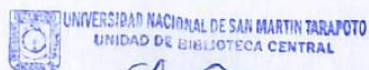


Firma del Autor

8. Para ser llenado por la Biblioteca central o especializada

Fecha de recepción del documento por el Sistema de Bibliotecas:

30 / 11 / 2017



Prof. Alicia Mercedes Grandez Chávez
JEFE DE LA UNIDAD DE BIBLIOTECA CENTRAL

Firma de Unidad de Biblioteca

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

DEDICATORIA

A mis padres Walt Chú y Jessy Tenazoa, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ellos, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera; va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi hermano Jair Chú porque gracias a él adquirí el don de la paciencia y la comprensión, por compartir alegrías y tropiezos de las cuales salimos triunfadores, por su confianza y permitirme estar presente en su vida.

Dick Christians

AGRADECIMIENTO

A Dios en primer lugar, por brindarme salud, la vida y las bendiciones necesarias para lograr mis metas. Es quien guía el destino de mi vida.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes, entre los que se incluye este. Me formaron con ejemplo, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mi hermano por los grandes lotes de felicidad y de diversas emociones que siempre me ha causado. A quien le deseo el mejor de los éxitos en sus estudios.

A nuestros docentes por todos sus conocimientos y orientaciones brindadas durante la carrera profesional.

A mi asesor Dr. Jorge Rodríguez Gómez, por instruirme y guiarme durante todo el trabajo de investigación.

A las personas que me apoyaron y me dieron las facilidades para la realización de esta tesis.

A nuestra alma mater Universidad Nacional de San Martín, por haber acogido en sus aulas durante los años de estudio de la carrera profesional, y por formarme como médico cirujano para el bien de la comunidad.

Dick Christians

ÍNDICE

RESUMEN	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	2
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2. OBJETIVOS	9
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4. LIMITACIONES	11
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	13
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	19
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	22
3.1. HIPÓTESIS	22
3.2. SISTEMA DE VARIABLES	22
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO	25
4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	25
4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	25
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	26
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
4.5. TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	28

CAPITULO V: RESULTADOS	31
CAPITULO VI: DISCUSIÓN	55
CAPITULO VII: CONCLUSIONES	59
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, GRADO DE INSTRUCCIÓN, OCUPACIÓN, DE LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016	32
TABLA N° 02. TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 - 2016.....	34
TABLA N° 03. CUADRO CLÍNICO QUE PRESENTARON LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016	35
TABLA N° 04. TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 - 2016	36
TABLA N° 05. LOCALIZACIÓN DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO SEGÚN LÓBULO HEPÁTICO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016	36
TABLA N° 06. SEGMENTO AFECTADO DEL HÍGADO EN LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 - 2016	37
TABLA N° 07. NÚMERO DE ABSCESOS HEPÁTICOS AMEBIANOS ENCONTRADOS POR ECOGRAFÍA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 - 2016	38

TABLA N° 08. TAMAÑO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO ENCONTRADO POR ECOGRAFÍA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016	39
TABLA N° 09. TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO EN LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 - 2016	40
TABLA N° 10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRIPTO PARA EL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.	40
TABLA N° 11. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO, SEGÚN EDAD Y EL SEXO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016..	41
TABLA N° 12. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO Y EL TRATAMIENTO REALIZADO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.....	42
TABLA N° 13. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EDAD Y TRATAMIENTO REALIZADO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.....	43
TABLA N° 14. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SEXO Y EL TRATAMIENTO REALIZADO PARA EL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.....	44
TABLA N° 15. DISTRIBUCIÓN DE CASOS ENTRE NÚMERO DE ABSCESOS HEPÁTICOS AMEBIANOS ENCONTRADOS Y EL TRATAMIENTO REALIZADO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.....	45

TABLA N° 16: DISTRIBUCIÓN DE CASOS ENTRE EL NÚMERO DE ABSCESOS HEPÁTICOS AMEBIANOS ENCONTRADOS Y LA LOCALIZACIÓN DE ESTOS EN LOS LÓBULOS HEPÁTICOS. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 - 2016..46

TABLA N° 17. DISTRIBUCIÓN DE CASOS ENTRE EL RANGO DE TAMAÑO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO Y EL TRATAMIENTO REALIZADO. HOSPITAL II – 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 201647

TABLA N° 18. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL TAMAÑO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO EN RELACIÓN AL PUNTO DE CORTE (70MM), Y EL TRATAMIENTO REALIZADO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 201648

TABLA N° 19. DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN SEXO Y EL TAMAÑO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO EN RELACIÓN AL PUNTO DE CORTE (70MM). HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 201649

TABLA N° 20. DISTRIBUCIÓN DE CASOS MEDIANTE EL RANGO DE ESTANCIA HOSPITALARIA, EN RELACIÓN CON EL TIPO DE TRATAMIENTO PARA EL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 201650

TABLA N° 21. COSTO PARA EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016.....51

TABLA N°22. PRECIOS HOSPITALARIOS DEL MINSA.....51

TABLA N° 23. REACCIONES SECUNDARIAS/ADVERSAS AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 201652

TABLA N° 24. RELACIÓN ENTRE LA EVOLUCIÓN Y EL TRATAMIENTO REALIZADO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. HOSPITAL II-2 TARAPOTO. PERIODO 2007 – 2016	53
---	-----------

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

MINSA	: Ministerio de Salud
AHA	: Absceso Hepático Amebiano
MTZ	: Metronidazol
CIP	: Ciprofloxacino
HCD	: Hipocondrio derecho
N	: Nauseas y/o vómitos
mm	: milímetros
χ^2	: chi cuadrado
p	: valor p
α	: margen de error

RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal objetivo comparar la eficacia tanto del tratamiento farmacológico y quirúrgico del absceso hepático amebiano, mediante la revisión de historias clínicas, para establecer posibles factores que ayuden a mejorar el pronóstico de la enfermedad en el Hospital II –2 Tarapoto; en un estudio observacional no experimental, de nivel descriptivo-comparativo y analítico de tipo transversal, la muestra estuvo constituida por 100 historias clínicas de pacientes con A.H.A que cumplieron los criterios de inclusión.

Se registró una edad promedio de 43.92 años, donde predominó el sexo masculino. El 52% de los pacientes fueron agricultores. El cuadro clínico se caracterizó principalmente por dolor abdominal en HCD, fiebre y hepatomegalia con un tiempo de enfermedad de 12 días en promedio. El tamaño del A.H.A promedio fue $89,04 \pm 25,41$ mm de diámetro. La estancia hospitalaria tuvo un promedio de 08 días; evidenciando que aquellos pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico tuvieron mayor días de estancia hospitalaria. El 88% de los abscesos hepáticos amebianos se localizó en el lóbulo derecho, mientras que en el lóbulo izquierdo solo el 12%. El segmento hepático (VII) presentó mayor compromiso.

El 72% de los pacientes fueron tratados por el método farmacológico y con el método quirúrgico el 28%. El fármaco que más se utilizó fue el metronidazol, y la terapia combinada más frecuente fue dicho fármaco con ciprofloxacino. El drenaje a cielo abierto fue el tratamiento quirúrgico de elección. Tanto en los dos tratamientos se evidenciaron reacciones adversas y/o secundarias, que fueron las náuseas y los vómitos, así mismo complicaciones en un 8%, que fue el derrame pleural derecho.

Palabras claves: Absceso hepático, absceso hepático amebiano, amebiasis.

ABSTRACT

The main objective of the following study was to compare the efficacy of both drug and surgical treatment of amoebic liver abscess, through the review of clinical histories, to establish possible factors that help improve the prognosis of the disease at the II -2 Tarapoto Hospital; this is a non-experimental, observational at a descriptive-comparative and analytical level of transversal type study, the sample consisted of 100 clinical records of patients with A.H.A who met the inclusion criteria.

An average age of 43.92 years was recorded, where the male sex predominated. 52% of the patients were farmers. The clinical event was mainly characterized by abdominal pain in HCD, fever and hepatomegaly with a mean illness time of 12 days. The average A.H.A size was 89.04 ± 25.41 mm in diameter. The hospital stay had an average of 08 days; evidencing that those patients who received surgical treatment had greater days of hospital stay. 88% of amoebic liver abscesses were located in the right lobe, while in the left lobe only 12%. The liver segment (VII) presented greater commitment.

The 72% of the patients were treated by the pharmacological method and with the surgical method 28%. The most commonly used drug was metronidazole, and the most frequent combination therapy was the drug with ciprofloxacin. Open drainage was the surgical treatment of choice. In both treatments, there were adverse and / or secondary reactions, which were nausea and vomiting, as well as complications in 8%, which was the right pleural effusion.

Keywords: Liver abscess, amoebic liver abscess, amebiasis.

CAPÍTULO

I

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La amebiasis constituye un serio problema de salud pública con una proporción del 2-10% de mortalidad en algunas áreas endémicas tales como Birmania, China, India, Sur África, Colombia, México y Venezuela (1).

En el Perú, la prevalencia de amebiasis se estima en 53% para Junín, 38.6% en Cuzco, 30% en Arequipa y 16 % en Puno (1).

Se estima que infecta alrededor de 50 millones de personas anualmente, y que de ella 110.000 mueren por complicaciones causadas por este agente. El 1% de las personas infectadas pueden desarrollar patologías potencialmente fatales como la colitis amebiana fulminante o el absceso hepático amebiano (1).

La amebiasis es causada por el protozooario *Entamoeba histolytica* (1-3) Después de la malaria y esquistosomiasis, es la tercera causa de mortalidad por enfermedades parasitarias (3). Este parasito existe en dos etapas: como quiste, que es la forma infecciosa, y una etapa de trofozoíto, que es la forma que causa la enfermedad invasiva. Está relacionado con los hábitos culturales, hacinamiento, niveles bajos de saneamiento ambiental y bajas condiciones socio económicas (4). La amebiasis en la mayoría de los casos es asintomática, pero puede manifestarse como disentería amebiana, absceso hepático amebiano y en raras ocasiones, puede afectar los pulmones, el corazón o el cerebro.

El ciclo de vida se inicia al ingerir agua o comida contaminada con los quistes de *Entamoeba histolytica*, o también mediante prácticas sexuales oro-anales (2). En el intestino grueso, el microorganismo se desenquista produciendo trofozoítos activos, los cuales se multiplican y reenquistan conforme pasan por el tracto intestinal. Los quistes son excretados en las heces y pueden permanecer viables en un ambiente húmedo por meses e incluso años (2,5). Sin embargo, en algunos casos, los trofozoítos se adhieren al epitelio colónico, con el riesgo potencial de diseminación hacia el peritoneo, hígado u otros órganos. El 1% de las personas infectadas pueden desarrollar patologías potencialmente fatales como la colitis amebiana fulminante o el absceso hepático amebiano. (6)

El absceso hepático amebiano ocurre 10 veces más frecuentemente en hombres, con una proporción de 10:1 (7).

Por lo que es necesario realizar el presente proyecto para conocer el tratamiento en nuestro hospital.

Los criterios clínicos y de imagen para el diagnóstico de absceso hepático amebiano, que son los siguientes: (8)

- Historia de residencia en zona endémica
- Fiebre y leucocitosis en pacientes jóvenes con una corta historia
- Hepatomegalia dolorosa
- Respuesta al metronidazol
- Ecografía mostrando un defecto de llenado
- Radiografía de tórax postero-anterior y lateral con elevación del hemidiafragma derecho
- Prueba de anticuerpos fluorescentes positivo para amebiasis.

Entre los factores predisponentes para absceso hepático amebiano: (9)

- Alcoholismo
- Desnutrición
- Malos hábitos higiénicos
- Disentería amebiana
- Bajo nivel socioeconómico y cultural

En cuanto al tratamiento del absceso hepático amebiano suele manejarse farmacológicamente, con tasas de curación de más del 90% (10). Metronidazol (750 mg, 3 veces al día, por 5 a 10 días) es la droga más usada (2,5). La respuesta al tratamiento suele ser evidente en las primeras 72 horas (11).

El drenaje quirúrgico o percutáneo se reserva para aquellos casos en los que haya incertidumbre diagnóstica (descarte de absceso piógeno), pobre respuesta al tratamiento luego de 7 días, alto riesgo de ruptura inminente (lesiones mayores de 5cm), abscesos localizadas en el lóbulo izquierdo (por el riesgo de desembocadura a pericardio), en mujeres embarazadas o en casos de sobreinfección bacteriana (12,14).

Todo lo anterior indicaría que es necesario conocer el número, localización y tamaño del absceso hepático amebiano, para tomar la mejor decisión terapéutica.

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital II – 2 Tarapoto, ubicado en la región San Martín – Perú, provincia de San Martín.

DISTRITO DE TARAPOTO

El distrito peruano de Tarapoto es uno de los catorce distritos que conforman la Provincia de San Martín en el Departamento de San Martín, perteneciente a la Región de San Martín en el Perú. Es una ciudad de la selva norte del Perú.

Historia

Fue fundada el 20 de agosto de 1782 por el obispo español Baltasar Jaime Martínez Compañón. Sus inicios efectivos datan de las exploraciones que realizaron los Pocras y Hanan Chancas (antiguas culturas de la región Ayacucho) quienes al ser conquistados por el Imperio inca, encabezaron una revolución comandados por el caudillo Ancohallo, revuelta que, al ser derrotada, obligó a sus miembros tribales a huir de la terrible venganza inca, estableciéndose en los valles de los ríos Mayo y Cumbaza en el departamento de San Martín formando, eventualmente, la ciudad de Lamas, luego establecieron un satélite en el valle de los ríos Cumbaza y Shilcayo, teniendo como núcleo central la Laguna Suchiche (desechada en la colonia).

En dicha laguna abundaba la palmera de nombre Taraputus o Barriguda, nombre que luego usaría el obispo español para fundar la ciudad de Tarapoto en este establecimiento de cazadores y pescadores. Habitaban por entonces, cumbazas a la orilla de la quebrada Choclino y Amurarca (esta última en la actualidad ya no existe); Pinchis en la parte alta de la ciudad y en las márgenes derecha e izquierda del río Shilcayo; Sushiches o Sustuchiches residentes en el barrio de nombre, a orillas de la concha o laguna de Suchiche; Muniches y Antables en el actual Barrio Huayco hasta la zona de Santa Rosa.

Geografía

Santa Cruz de los Motilones de Tarapoto, mejor conocida simplemente como Tarapoto es una ciudad de la selva norte del Perú. Tarapoto está a 353 msnm, mientras que la provincia de San Martín tiene una variación de altitud entre los 120 y los 1600 msnm. La ciudad se encuentra en los valles de los ríos Cumbaza y Shilcayo.

Ubicación

Tarapoto, “Ciudad de las Palmeras” y capital de la provincia de San Martín, está ubicada en la selva nororiental peruana, a 06°31’30’’ de latitud sur y 76°21’50’’ de longitud oeste. Se asienta en la ladera occidental del Cerro Escalera, en la Cordillera Azul. Último contrafuerte de la cordillera de los andes en el Perú, antes de que éste dé paso a la presencia del impresionante llano amazónico.

Población

En el área metropolitana de Tarapoto, donde se localiza la mayor concentración poblacional urbana de la región San Martín (28.57 %), se distinguen dos zonas con características propias: el casco urbano y la zona urbana marginal. Actualmente cuenta con una población de 149 875 (2015) habitantes. En el contexto de la organización espacial de la región, Tarapoto actúa

como el área principal de atracción de los flujos migratorios intra y extra regionales, concentrando el mayor porcentaje del equipamiento de servicios públicos y privados. Este hecho ha incidido para el rápido crecimiento que evidencia en relación con los demás centros poblados de San Martín.

La densidad neta, por su parte, registra un fuerte incremento en el periodo de 1998 al 2004, Tarapoto sube de 96 a 124.96 hab/ha.

Es uno de los principales centros turísticos y comerciales de la Amazonía peruana. Actualmente es la ciudad más poblada del departamento de San Martín, la vigésima del Perú y la tercera ciudad amazónica más grande y poblada después de Pucallpa e Iquitos.

Límites

El distrito de Tarapoto limita, al norte, con los distritos de San Antonio y la Banda de Shilcayo; al sur, con el distrito de Juan Guerra; al este, con el distrito de La Banda de Shilcayo y, al oeste, con los distritos de Cacatachi y Morales.

Comunicaciones

Cuenta con un aeropuerto que recibe a líneas aéreas desde Lima, Iquitos y Pucallpa, con vuelos diarios, siendo el tercer aeropuerto en importancia por su flujo de carga y de pasajeros.

Turismo

Tarapoto ofrece una variedad de hoteles y hostales en la ciudad y en sus alrededores para el turista y el negociante. Disfruta de los hermosos paisajes, de la flora, de la fauna, cataratas y del turismo de aventura (canotaje, white water rafting, expediciones y caminatas). En la ciudad de las palmeras podrá degustar una variedad de comidas típicas y tragos exóticos.

Clima

Por su altura y las montañas que rodea la ciudad, Tarapoto tiene un clima más fresco que las otras ciudades principales de la Amazonía peruana. La temperatura promedio diario es 28 °C con una variación de 18 a 34 °C. Durante septiembre y octubre es cuando se alcanzan las mayores temperaturas, que generan sensaciones térmicas cercanas a los 50 °C. Las temporadas secas son de junio hasta octubre y diciembre hasta febrero y las temporadas de lluvias desde febrero hasta mayo y octubre hasta diciembre con las mayores lluvias en marzo y abril y la época más seca en julio, agosto y septiembre.

La precipitación promedio anual es de 1157 mm, siendo los meses de mayores lluvias en febrero, marzo y abril. La dirección predominante de los vientos es norte, con una velocidad promedio anual de 4.9 km/h.

ECONOMÍA

Comercio

La ciudad se caracteriza por ser muy comercial dado que concentra productos como café, cacao, arroz, tabaco, plátano, papaya, sachá inchi, aceite biodiesel, aceite de girasol, productos de medicina natural, yuca, frejol, maíz, entre otros productos que se cultivan en la región San Martín, por poseer una tierra muy rica en nutrientes se le considera la despensa del Perú, cuenta además, con los siguientes servicios:

- **Entidades financieras:** Banco Continental, Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Banco de Materiales, Banco de la Nación, del Trabajo; las Cajas Municipales de Maynas, Piura, Trujillo y Paita; la Cooperativa de Ahorro y Crédito “San Martín de Porres”
- **Mercados de abasto:** Mercado “El Huequito”, Supermercado “La Inmaculada”

Lugares de interés

Tarapoto ofrece una variedad de hoteles y hostales en la ciudad y en sus alrededores para el turista y el negociante. Disfruta de singulares paisajes, de la flora, de la fauna, cataratas y del turismo de aventura. En La Ciudad de las Palmeras se puede degustar una variedad de comidas típicas y tragos exóticos.

Algunos de los lugares de interés de Tarapoto y sus alrededores son el Orquideario de Tarapoto, Lago Lindo, Laguna Azul, las Cataratas de Ahuashiyacu y los municipios de Lamas, Chazuta y el Sauce.

El balneario de Cumbaza, los restos arqueológicos y petroglifos de Polish (con motivos de plantas y animales), las cataratas de Ahuashiyacu (descubiertas por Don Regner Arévalo Ruiz) y la laguna Venecia, son solo algunos de sus interesantes parajes que hacen de Tarapoto un excelente destino turístico.

La Universidad Nacional de San Martín tiene un importante museo, el Museo Regional-UNSM. Entre las novedades, el Museo Regional-UNSM tiene una réplica de los petroglifos del Belo Horizonte (Polish), artículos Prehispánica de bronce, momias que datan de hace 450 años, que fueron encontradas en el caserío Shimbillo-Chazuta, ceramios de la cultura Nazca, insectos del área de entomología, huesos paleontológicos de mastodontes, artículos de cerámica lamista, materiales arqueológicos de Balsapuerto, Shimbillo, Gran Pajatén y Picota, y una sección dedicada a la representación visual de la mitología amazónica.

MAPA DE SAN MARTIN (ver anexo N° 02)

1.1.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existirá comparación entre la eficacia del tratamiento farmacológico y quirúrgico del absceso hepático amebiano en Hospital II –2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016?

1.2.OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Comparar la eficacia tanto del tratamiento farmacológico y quirúrgico del absceso hepático amebiano, mediante la revisión de historias clínicas, para establecer posibles factores que ayuden a mejorar el pronóstico de la enfermedad en el Hospital II –2 Tarapoto.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los aspectos epidemiológicos de los pacientes con absceso hepático amebiano.
- Determinar los aspectos clínicos de los pacientes con absceso hepático amebiano.
- Determinar la eficacia del tratamiento farmacológico en el absceso hepático amebiano
- Determinar la eficacia del tratamiento quirúrgico en el absceso hepático amebiano
- Comparar la eficacia de los tratamientos farmacológico y quirúrgico en el absceso hepático amebiano
- Determinar los aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con absceso hepático amebiano.

- Determinar la frecuencia de fracasos al tratamiento del absceso hepático amebiano farmacológico y del quirúrgico.
- Determinar la decisión terapéutica según tamaño del absceso hepático amebiano.

1.3.JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación pretende estudiar el absceso hepático amebiano y recalcar la trascendencia que tiene esta enfermedad y demostrar que su frecuencia es más alto de lo que normalmente pensamos; para de esta manera diagnosticar oportunamente esta patología y sus complicaciones.

En la región de San Martín las condiciones socioeconómicas deficientes, la falta de una infraestructura sanitaria adecuada y el riego de cultivos con aguas residuales hacen que la región sea propensa de adquirir parásitos de toda índole, las cuales son complicaciones de enfermedades severas, entre ellas, el absceso hepático amebiano.

Dado que en la actualidad no se cuenta con estudios de esta índole, fue necesario hacer este trabajo, cuyo propósito fundamental es comparar la eficacia tanto del tratamiento farmacológico y quirúrgico del absceso hepático amebiano, mediante la revisión de historias clínicas, para establecer posibles factores que ayuden a mejorar el tratamiento y pronóstico de la enfermedad, evitando complicaciones funestas como la peritonitis, amebomas o la fistula hepato-pulmonar.

El presente proyecto pertenece al programa de servicios de salud pública en las líneas de investigación de las enfermedades transmisibles con enfoque en el cuidado integral de la salud, calidad de vida de la salud y en la promoción y prevención de los cuidados de la salud.

1.4.LIMITACIONES

- Insuficiente información de datos en la historia clínica.
- Falta de pruebas serológicas específicas para diagnóstico de amebiasis.

CAPÍTULO

II

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Berdejo J.C y col, (15) Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay, 2014. De 58 historias clínicas revisadas. La edad media fue entre los 41-50 años (43,1%), y 55% fueron varones. El cuadro clínico se caracterizó principalmente por fiebre, que fue la molestia referida por el 95.65% de pacientes, seguidos por dolor abdominal en cuadrante superior derecho El diagnóstico principalmente fue ecográfico (97,8%), absceso único (73%), 12 abscesos múltiples, El 60% de los AH se ubicó en el lóbulo derecho (35 pacientes), seguido por el lóbulo izquierdo 39,95% (23 pacientes) y en 0,05% (3 pacientes) se presentó en ambos lóbulos,

Los segmentos comprometidos son el tres (8,1%), cuatro (26,4%), cinco (12,3%), seis (12,6%), siete (24,6%) y el ocho (16%). En todos los casos se utilizó la terapia combinada, siendo el antibiótico más prescrito el metronidazol y la terapia combinada más frecuente fue dicho fármaco con ciprofloxacino. En 48% de pacientes solamente se usó antibioticoterapia. Adicionalmente al tratamiento antibiótico, 39 pacientes (67,2%) ingresaron a cirugía abierta, 19 pacientes (32,7%) fueron manejados con drenaje más colocación de catéter percutáneo.

- Arroyo D (16), Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, 2013. Comprobó en un universo de 300 pacientes que el promedio de edad de los pacientes que presentaron absceso hepático amebiano es de 45 años. Los cuales fueron 180 pacientes hombres (60%) y 120 pacientes mujeres (40%); de los 300 pacientes fueron tratados por el método quirúrgico 183 y como única terapéutica el método farmacológico 117 pacientes. Observó que el promedio de la edades según el tratamiento que se aplicó, en el tratamiento quirúrgico el promedio es de 45 años, mientras que en el grupo farmacológico el promedio fue de 40 años. Observó el

tiempo intrahospitalario del método quirúrgico evaluado en un rango de tiempo, menor a 10 días, 10-20 días, y de 20 a 30 días. Comprobó que 30 pacientes (16,39%) con el método quirúrgico son dados de alta médica con mejoría del estado clínico en menor de 10 días; el tiempo intrahospitalario del método farmacológico, se ve que 11 pacientes (9,40%) son dados de alta antes de los diez días de inicio del tratamiento. Entre los 10-20 días en el método quirúrgico 98 pacientes (53,55%) se les dio la alta médica con mejoría del cuadro clínico; mientras con el método farmacológico fueron 20 pacientes (17,09%). En el periodo de 20-30 días con el método quirúrgico 55 pacientes (30,05%) fueron otorgadas el alta, con el método farmacológico 86 pacientes (73,50)...

- Carrillo L y col. (11) Realizaron un estudio descriptivo-retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas de pacientes dados de alta con diagnóstico de Absceso Hepático en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre Enero 2003 y Diciembre 2007; de 106 historias clínicas revisadas, 46 ingresaron al estudio. La edad media fue de 47,8 años (95% IC 41,9-53,8 años), 21 pacientes eran mayores de 50 años (45,6%) y 52,2% fueron varones. Los síntomas principales fueron fiebre (95,6%) y dolor en hipocondrio derecho (73,5%); el tiempo promedio de enfermedad fue 2,5 semanas.

Encontraron elevada frecuencia de hipoalbuminemia, incremento de fosfatasa alcalina, leucocitosis y anemia. El diagnóstico principalmente fue ecográfico (97,8%), como absceso único (73%), ubicado en lóbulo derecho (77%), con un diámetro promedio de 70mm y 69,6% tuvieron más de 5 cm de diámetro. Todos recibieron antibioticoterapia por 18,6 días en promedio (rango: 3-30); siendo la combinación más frecuente metronidazol y ciprofloxacino. Diecisiete pacientes (36,9%) fueron operados, 7 pacientes (15,2%) recibieron drenaje externo con catéter percutáneo y en 10,9% (5 pacientes) se manejó con aspiración directa.

- Samaniego L y col. (17) Hospital de Apoyo Integrado del IPPS, Tarapoto, Perú, 1992. Para conocer la incidencia y aspectos epidemiológicos del absceso hepático amebiano (AHA), se realizó el presente estudio en el servicio de Medicina - Hospitalización. El 86.67% fueron varones, la edad promedio fue 41.38 +/- 18.60 años, siendo más frecuente de 30 a 69 años (74.48%). El 60% procedían de la provincia de San Martín. Fueron más afectados los agricultores (60%) estudiantes (10%) y amas de casa (6.67%). El tiempo de enfermedad promedio fue de 12.12 +/- 6.35 días, la sintomatología más frecuente fue dolor en HCD (96.66%), hepatomegalia (83.33%) fiebre (82.22%), diarrea (37.77%), nauseas (36.66%), ictericia (33.33%).

El diagnóstico inicial al ingreso fue AHA (45.55%). Los exámenes de ayuda diagnóstica más frecuentes fueron: ecografía (98.85%). Los AHA únicos se localizaron en el lóbulo derecho (84.05%), lóbulo izquierdo (14.49%) y los AHA múltiples (20%) fueron más frecuentes en el lóbulo derecho, encontrándose hasta 5 abscesos en ese lóbulo. El mayor absceso tuvo 12 cm. de diámetro. El tratamiento fue: Metronidazol + Antibiótico (37.78%), Metronidazol + Antibiótico + Drenaje percutáneo (24.45%) y Metronidazol + Drenaje quirúrgico (3.33%). Las complicaciones fueron: derrame pleural derecho (8.89%), peritonitis (5.56%) y pnoneumotórax (1.11%). El tiempo de hospitalización fue de 14 +/- 8.02 días. Hubo un fallecido (1.11%).

2.2.BASES TEÓRICAS

Entamoeba histolytica: (ver anexo N° 03)

Es un protozoo patógeno con capacidad invasiva y de diseminación extraintestinal. Es una especie parásita del hombre, que puede vivir como comensal en el intestino grueso, invadir la mucosa intestinal produciendo ulceraciones y tener localizaciones extraintestinales (19)

El ciclo de vida (ver anexo N° 04) de este parásito consta de varios estadios: trofozoíto, quiste y metaquiste. El primero coloniza la mucosa intestinal del colon, donde se multiplican y se diferencian de la forma quística. El trofozoíto es rápidamente destruido por los fluidos del tubo gastrointestinal, no sobreviven más de algunos cuantos minutos en el medio ambiente. En contraste, el quiste permanece viable y es infectante durante varios días. Cuando el quiste se encuentra en el intestino delgado (íleon terminal) sufre desenquistamiento, los núcleos se dividen y emergen trofozoítos que emigran al intestino grueso. Ahí se alimentan de bacterias y restos celulares. Los trofozoítos migran por vía hematógena al hígado u otros órganos, o pueden enquistarse, completando el ciclo biológico. El daño tisular se inicia después de que el trofozoíto migra al órgano blanco (20).

ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO

El absceso hepático amebiano (AHA) (ver anexo N° 05) es una necrosis enzimática de los hepatocitos y múltiples microabscesos que confluyen, formando habitualmente cavidad única, conteniendo liquido homogéneo que puede variar en color, desde la crema blanca hasta el de “pasta de anchoas”. Esta es la forma más común de amebiasis extraintestinal. (21)

La infección sintomática ocurre en el 10% de los casos, los cuales pueden portar el parásito hasta por 12 meses. La aparición de los síntomas usualmente ocurre entre las 8-20 semanas después de dejar la región endémica, pero también se han manifestado años después de la exposición (22).

Los factores de riesgo para el absceso hepático amebiano son: (23)

- Sexo masculino
- Tercera a quinta década de la vida
- Alcoholismo
- Padecimientos oncológicos

- Prácticas homosexuales
- Inmunosupresión
- Habitar o viajar a zonas endémicas
- Uso de corticosteroides

A diferencia de los pacientes con abscesos hepáticos piógenos, aquellos con abscesos amebianos tienen mayor probabilidad de ser menores de 50 años de edad y ser del sexo masculino.

El absceso hepático amebiano se puede sospechar en todos los grupos de edad, más frecuente entre los 20 y 40 años, en hombres y/o con ingesta de alcohol.

La presentación clínica incluye dolor en el hipocondrio derecho, que se irradia a región interescapular, fiebre y hepatomegalia. Puede haber también vómitos, diarrea, calofríos y baja de peso (22).

El cuadro clínico es de presentación aguda, con una o dos semanas de fiebre (38.5 a 39.5° C) y dolor en hipocondrio derecho. La participación de la cara diafragmática del hígado puede provocar dolor pleural del lado derecho o referido al hombro. El dolor abdominal constante en el cuadrante superior derecho o epigastrio se asocia más frecuentemente con el absceso hepático amebiano en el lóbulo izquierdo. La diarrea, en forma concurrente, está presente en menos de un tercio de los pacientes. Algunos pacientes refieren haber tenido disentería en los meses anteriores. Para los viajeros que regresan de una zona endémica, la presentación por lo general ocurre dentro de 8 a 20 semanas (mediana de 12 semanas) y dentro de cinco meses de su regreso en el 95% de los pacientes. Ocasionalmente, los pacientes tienen una presentación más crónica con meses de fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal. (23,24)

El examen físico, en aproximadamente 50% de los casos, revela hepatomegalia y sensibilidad en el área hepática. La ictericia clínica se produce en menos de 10% de los pacientes. En

ocasiones, el absceso se rompe al peritoneo, causando peritonitis (2 a 7%). La trombosis de la vena hepática y de la vena cava inferior secundaria a la formación del absceso hepático también ha sido reportada.

En todo paciente, con cuadro clínico de absceso hepático amebiano y hallazgo de masa ileocecal a la exploración física, se debe sospechar ameboma (23,24)

Los pacientes con absceso hepático amebiano generalmente tienen leucocitosis moderada en 90%, reacción leucemoide en 5%, anemia 30%. Las pruebas de función hepática revelan una fosfatasa alcalina elevada en 80% de los casos (la fosfatasa alcalina en fase aguda se encuentra en límites normales y en fase crónica se eleva) y las transaminasas hepáticas también pueden elevarse, en una tercera parte de los casos, elevación de las bilirrubinas en 10%. (23)

La mayoría de los autores está de acuerdo en resaltar, que el tratamiento médico es el de elección, y que todos los pacientes deben ser tratados con drogas amebicidas, aunque algunas pequeñas controversias persisten en cual debe ser la medición a utilizar y en la necesidad de aspiración o drenaje quirúrgico (23-25)

En cuanto al tratamiento farmacológico, las formas asintomáticas se tratan con amebicidas lumbales como paromomicina (25 – 30 mg/kg por día, vía oral dividido en 3 dosis por 7 días). Las formas intestinales o invasivas requieren el uso de amebicidas tisulares como los nitroimidazoles, seguido de amebicidas de acción luminal.

Metronidazol (750 mg, 3 veces al día, por 5 a 10 días) es la droga más usada (2,5). Absceso hepático amebiano suele manejarse medicamente, con tasas de curación de más del 90%. La respuesta al tratamiento suele ser evidente en las primeras 72 horas. (10, 11,23-25)

El drenaje percutáneo se reserva para aquellos casos en los que haya incertidumbre diagnóstica (descarte de absceso piógeno), pobre respuesta al tratamiento luego de 7 días,

alto riesgo de ruptura inminente (lesiones mayores de 5cm), abscesos localizadas en el lóbulo izquierdo (por el riesgo de desembocadura a pericardio), en mujeres embarazadas o en casos de sobreinfección bacteriana (12,13).

El drenaje quirúrgico se reserva para los casos de absceso con ruptura a la cavidad peritoneal, pleura o pericardio; o en los que no hay respuesta al drenaje percutáneo (14,24-25)

Las complicaciones del absceso amebiano incluyen infección bacteriana secundaria (10- 20 %), diseminación a pleura (6-40%), peritoneo (2-7%) o pericardio (2%), shock séptico y muerte. De hecho, se reporta en la literatura médica casos de absceso amebiano sobreinfectado por *Klebsiella pneumoniae*. (26,27).

2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Entamoeba histolytica: Protozooario comensal del intestino grueso, es el agente responsable de la amebiasis.

Amebiasis: Es la infección parasitaria producida por *Entamoeba histolytica*, que puede cursar con o sin manifestaciones clínicas.

Disentería amebiana: Es una enfermedad intestinal asociada con dolor abdominal, deposiciones líquidas (sanguinolenta o mucosa), que puede ir o no acompañado de fiebre.

Absceso hepático amebiano: Es la manifestación extraintestinal más frecuente de la amebiasis; es la invasión al hígado por *Entamoeba histolytica* desde un foco intestinal, formando pequeñas trombosis a nivel de las sinusoides hepáticas, con infartos locales, necrosis y licuefacción, y usualmente se manifiesta con fiebre, escalofríos, diaforesis y dolor abdominal en hipocondrio derecho.

Metronidazol: Es un nitroimidazol activo frente a la mayoría de los protozoos del intestino, pero es especialmente útil para tratar infecciones extraintestinales (absceso hepático) y frente a bacterias.

Drenaje percutáneo: Es una técnica que consiste en vaciar una colección líquida existente en el interior del cuerpo, con fines diagnósticos o terapéuticos, través de la piel, con una mínima incisión y sin requerir el uso de quirófano, anestesia o técnicas quirúrgicas, mediante la introducción de un pequeño catéter en el interior de la colección y guiando su colocación con técnicas de imagen.

Drenaje quirúrgico: Sistema de eliminación o evacuación de colecciones serosas, hemáticas, purulentas o gaseosas, desde los diferentes órganos y/o tejidos al exterior.

CAPÍTULO

III

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

- **Hipótesis de Investigación:**

Hipótesis nula (H₀):

No hay diferencia entre la eficacia del tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico en el absceso hepático amebiano en pacientes del Hospital II – 2 Tarapoto.

Hipótesis alternativa (H_a):

Hay diferencia entre la eficacia del tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico en el absceso hepático amebiano en pacientes del Hospital II – 2 Tarapoto.

3.2. SISTEMA DE VARIABLES

3.2.1. Variables dependientes

- **Tratamiento farmacológico:** tratamiento con cualquier fármaco, que se usa para tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.
- **Tratamiento quirúrgico:** tratamiento que emplea principalmente los medios de la cirugía
 - Drenaje percutáneo
 - Drenaje quirúrgico

3.2.2. Variables intervinientes

- **Sexo:** características fenotípicas sexual del paciente, sea sexo masculino o femenino.

- **Edad:** edad cronológica del paciente en el momento de ingreso a hospitalización.
- **Grado de instrucción:** grado de estudios realizados por el paciente
- **Procedencia:** lugar geográfico donde se reside.
- **Estado civil:** condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- **Ocupación:** es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.
- **Tiempo de enfermedad:** tiempo de inicio de síntomas de cuadro clínico por el cual acude a emergencia hasta el momento de realización de historia clínica.
- **Tiempo de estancia hospitalaria:** tiempo que transcurre desde el día que se hospitaliza al paciente hasta el día del alta.
- **Localización del absceso hepático:** ubicación del absceso hepático amebiano en el hígado.
- **Tamaño del absceso hepático:** dimensiones o medidas físicas del absceso hepático amebiano en el hígado.
- **Número de absceso:** cantidad de números de abscesos que se encuentran en el hígado.
- **Segmento afectado:** fragmento del hígado que se ve afectado por la presencia de un absceso hepático amebiano.

CAPÍTULO

IV

CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

4.1.1. Según el nivel

Esta referida al grado de profundidad con que se aborda un objeto. Nuestra investigación es de nivel descriptivo, pues busca especificar las propiedades importantes de personas que posteriormente serán sometidos a análisis crítico.

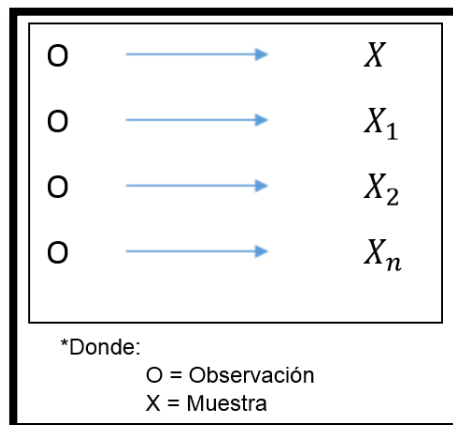
4.1.2. Según el tipo

Será la investigación aplicada con utilización de los conocimientos en la práctica, para aplicarlos en la mayoría, en provecho de la sociedad.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal basado en la revisión de las historias clínicas de pacientes dados de alta con diagnóstico de absceso hepático amebiano por ecografía en los servicios de Medicina Interna y Cirugía del Hospital II - 2 Tarapoto, entre los años 2007 – 2016, con el siguiente esquema.

Esquema:



4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Área de estudio

Este estudio se realizó en el Hospital II – 2 Tarapoto, Provincia de San Martín.

4.3.2. Universo de estudio

Todos los pacientes hospitalizados por absceso hepático amebiano en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital II – 2 Tarapoto, desde 2007 hasta 2016, según la oficina de estadística de dicho hospital.

4.3.3. Población

Pacientes con diagnóstico de absceso hepático amebiano por cuadro clínico y ecografía, que recibieron tratamiento farmacológico y/o quirúrgico en el Hospital II – 2 Tarapoto en el periodo de 2007 – 2016.

4.3.4. Muestra

Subconjunto de la población de estudio y es el grupo de personas que realmente se estudió.

Pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y con historia clínica pertinente.

Se obtuvo según el estudio de Balint T et al, quienes encontraron una prevalencia del 7% de absceso hepático amebiano (28)

Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó la formula estadística:

$$n = \frac{Z^2 P(1 - P)}{E^2}$$

Donde:

Z = desvío estándar que corresponde a un nivel de significancia o error fijado (α) = 1,96 para E = 0,05

E = error tolerable

P = proporción de elementos a favor de la característica de estudio

1-P = proporción de elementos no a favor de la característica

$$n = \frac{(1,96)^2(0,07)(0,93)}{(0,05)^2}$$

$$n = 100,03$$

La muestra corresponde a 100 historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico – ecográfico de absceso hepático amebiano.

4.3.5. Muestreo

Se empleó la técnica del muestreo aleatoria simple.

4.3.6. Unidad de análisis

La historia clínica donde consta el diagnóstico clínico y ecográfico de absceso hepático amebiano en el Hospital II -2 Tarapoto durante el periodo de 2007 – 2016.

4.3.7. Criterios de inclusión

Se analizó a las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes de edad entre 10 – 70 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de absceso hepático amebiano realizado clínica y ecográficamente en la historia clínica.

4.3.8. Criterios de exclusión

Los pacientes con criterios de exclusión fueron:

- Pacientes mayores a 71 años de edad y menores de 10 años de edad.
- Pacientes con abscesos hepáticos piógenos.

- Pacientes con diagnóstico de absceso hepático amebiano sin ecografía
- Pacientes con enfermedades inmunodepresoras y comorbilidades crónicas.
- Pacientes que recibieron antibióticos, excepto metronidazol.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Solicitud dirigida al Director del Hospital pidiendo autorización para recolectar datos de historias clínicas (ver anexo N° 06)
- Elaboración de un instrumento-cuestionario para la recolección de datos (Anexo N° 01)
- Recolección de datos pertinentes de las historias clínicas y referidas a un formato adecuado para el presente trabajo.

4.5. TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos de las historias clínicas se recolectaron en el cuestionario, luego fueron registrados en una base de datos en el software de Microsoft Excel Xp e ingresadas al programa SPSS versión 23.

Análisis univariado:

Permitió describir las variables epidemiológicas, clínicas, factores de riesgo de pacientes con absceso hepático amebiano, haciendo uso de la estadística descriptiva (frecuencias simples y porcentajes).

Análisis bivariado:

Para investigar las hipótesis planteadas se realizó el análisis, a través de cuadros estadísticos de doble entrada, lo cual se hizo uso de la prueba no paramétrica denominado chi – cuadrada.

Los datos se procesaron a través del Software SPSS Statistics, versión 23.0 del Sistema Operativo Microsoft Windows 8 Pro.

El nivel de confianza para la prueba fue del 95,5 % con un nivel de error $\alpha = 0.05$ y la probabilidad de significancia menor de 0.05 ($P < 0.05$) para aceptar la hipótesis planteada en la investigación.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Para recolectar los datos de las historias clínicas se respetó los derechos humanos de los participantes que conformaron la muestra de estudio. El cumplimiento de los derechos humanos y la aplicación de los principios de ética y bioética se evidenciaron por el respeto que se otorgó a los datos que se obtuvo, así mismo, la información obtenida después de ser procesados y analizados fueron destruidos. El instrumento de recolección de datos de las historias clínicas fue diseñado de tal forma que garantizó el anonimato y que solo tuvieron acceso a ellos los investigadores.

CAPÍTULO

V

CAPITULO V: RESULTADOS

Los resultados se presentan en forma de frecuencias y porcentajes para variables categóricas; promedios e intervalos de confianza o mediana en función a la distribución de las variables cuantitativas. Se registraron 100 historias clínicas con diagnóstico de absceso hepático amebiano (AHA), en el Hospital II -2 Tarapoto durante el periodo de 2007 – 2016.

Según las características generales de la población estudiada encontramos los siguientes:

Del grupo de estudio, la edad promedio fue 43.92 ± 20.91 años; siendo del sexo masculino un promedio de $44,28 \pm 22,23$ años, en comparación del sexo femenino que fue $42,71 \pm 17,38$ años.

De manera general el rango de la estancia hospitalaria fue entre 1 a 17 días, con un promedio de $8,24 \pm 4,50$ días.

Los pacientes que recibieron solo tratamiento farmacológico tuvieron una estancia hospitalaria de $7,3 \pm 4,60$ días, mientras los que recibieron tratamiento quirúrgico, tuvieron una estancia hospitalaria de $10,57 \pm 3,26$ días.

De los pacientes estudiados, el promedio de tamaño del A.H.A fue de $89,04 \pm 25,41$ mm de diámetro, encontrando en el sexo masculino un promedio de 92,16 mm; en comparación con el sexo femenino un promedio de 81 mm.

Los pacientes que recibieron solo tratamiento farmacológico el tamaño promedio del A.H.A fue de 80,94 mm; mientras los que recibieron tratamiento quirúrgico, el tamaño promedio del A.H.A fue de 108,42 mm.

A. ANÁLISIS UNIVARIADO

TABLA N° 01. Características sociodemográficas según sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, de los pacientes con absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	72	72.0
Femenino	28	28.0
Total	100	100.0
Edad		
10-20 años	16	16.0
21-30 años	16	16.0
31-40 años	8	8.0
41-50 años	12	12.0
51-60 años	20	20.0
61-70 años	28	28.0
Total	100	100.0
Estado Civil		
Soltero	32	32.0
Conviviente	24	24.0
Casado	44	44.0
Total	100	100.0
Grado de Instrucción		
Inicial	4	4.0
Primaria	64	64.0
Secundaria	32	32.0
Total	100	100.0

Ocupación		
Agricultor	52	52.0
Ama de casa	24	24.0
Estudiante	16	16.0
Otros	8	8.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que de las 100 historias clínicas con diagnóstico de absceso hepático amebiano (AHA), en el Hospital II -2 Tarapoto durante el periodo de 2007 – 2016; el sexo masculino tuvo más número de casos con un 72%, en comparación con el sexo femenino con un 28% de casos; de esta población en estudio, el 44% es casada, el 32% soltera y el 24% conviviente.

De estos pacientes, la edad promedio fue 43.92 ± 20.91 años, el mayor grupo etario fue entre los 61 a 70 años (28%), seguido por el grupo etario comprendido entre los 51 a 60 años (20%). El rango estuvo de 10 a 70 años.

El 64% de los pacientes cuentan con educación primaria, el 32% con educación secundaria y el 4% con educación inicial.

El 52% de estos pacientes tiene como ocupación ser agricultor, seguido de un 24% de amas de casa y un 16% estudiantes.

TABLA N° 02. Tiempo de enfermedad en los pacientes con absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 - 2016

Tiempo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
01-05 días	16	16.0
06-10 días	48	48.0
11-15 días	20	20.0
16-20 días	8	8.0
21-25 días	4	4.0
> 30 días	4	4.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que el tiempo de enfermedad en los pacientes con absceso hepático amebiano del Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016, el promedio de días fue de $12,36 \pm 16,70$, siendo el rango de días con mayor porcentaje con un 48%, el de 06 a 10 días.

TABLA N° 03. Cuadro clínico que presentaron los pacientes con absceso hepático amebiano. Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Cuadro clínico	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal en HCD	4	4,0
Fiebre	4	4,0
Dolor abdominal en HCD, Fiebre	48	48,0
Dolor abdominal en HCD, Fiebre, Hepatomegalia	32	32,0
Dolor abdominal en HCD, Hepatomegalia	12	12,0
Total	100	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

De las 100 historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de A.H.A; el cuadro clínico se caracterizó principalmente por dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre y hepatomegalia; siendo la combinación más frecuente el dolor abdominal en hipocondrio derecho con fiebre en un 48%.

TABLA N° 04. Tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes con absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 - 2016

Estancia hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
1-4 días	32	32.0
5-8 días	28	28.0
9-12 días	16	16.0
13-16 días	20	20.0
17-20 días	4	4.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que el tiempo de estancia hospitalaria de manera general en nuestro grupo de estudio tuvo un promedio de $8,24 \pm 4,50$ días, así mismo el rango de dicha estancia fue entre 01 a 17 días. Evidenciando un mayor porcentaje (32%), los comprendidos entre 01 a 04 días.

TABLA N° 05. Localización del absceso hepático amebiano según lóbulo hepático. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Lóbulo hepático	Frecuencia	Porcentaje
Derecho	88	88.0
Izquierdo	12	12.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

De las 100 historias clínicas con diagnóstico de A.H.A.; el 88% de los abscesos hepáticos amebianos se localizó en el lóbulo derecho (88 pacientes), mientras que en el lóbulo izquierdo solo el 12% (12 pacientes).

TABLA N° 06. Segmento afectado del hígado en los pacientes con absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 - 2016

Segmento afectado	Frecuencia	Porcentaje
II	8	8.0
III	4	4.0
IV	8	8.0
V	4	4.0
VI	16	16.0
VII	24	24.0
VIII	8	8.0
VI,VII,VIII	4	4.0
VI,VII	16	16.0
II,III	4	4.0
IV,V	4	4.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Los segmentos hepáticos que tuvieron mayor compromiso fueron el VI y el VII. Evidenciando un 24% para el segmento VII y un 16% para el segmento VI.

TABLA N° 07. Número de abscesos hepáticos amebianos encontrados por ecografía en los pacientes del Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 - 2016

Número de A.H.A.	Frecuencia	Porcentaje
1 absceso	84	84.0
2 abscesos	16	16.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que el número de abscesos hepáticos amebianos encontrados por ecografía en los pacientes del Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016, detalla como único absceso encontrado (84%), dos abscesos (16%).

TABLA N° 08. Tamaño del absceso hepático amebiano encontrado por ecografía en los pacientes del Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Tamaño del A.H.A	Frecuencia	Porcentaje
< 10 mm	4	4.0
31-40 mm	4	4.0
51-60 mm	12	12.0
61-70 mm	12	12.0
71-80 mm	8	8.0
81-90 mm	16	16.0
91-100 mm	12	12.0
> 100 mm	32	32.0
Total	100	100.0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que el tamaño de los abscesos hepáticos amebianos encontrados por ecografía, de los pacientes estudiados, el promedio fue de $89,04 \pm 25,41$ mm de diámetro, así mismo el rango con mayor porcentaje fueron los > 100 mm. con un 32% de los casos.

TABLA N° 09. Tipo de tratamiento realizado en los pacientes con absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 - 2016

Tratamiento realizado	Frecuencia	Porcentaje
Farmacológico	72	72,0
Quirúrgico	28	28,0
Total	100	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

De las 100 historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de A.H.A; el 72% de estos fueron tratados por el método farmacológico y el 28% por el método quirúrgico.

TABLA N° 10. Tratamiento farmacológico prescrito para el Absceso Hepático Amebiano. Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016.

Fármacos	Frecuencia	Porcentaje
Metronidazol	8	8,0
Metronidazol y Ciprofloxacino	52	52,0
Metronidazol y Ceftriaxona	24	24,0
Metronidazol, Ciprofloxacino y Ceftriaxona	16	16,0
Total	100	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

El fármaco con mayor prescripción médica fue el metronidazol, y la terapia combinada más frecuente fue dicho fármaco con ciprofloxacino (52%).

B. ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA N° 11. Distribución de casos de Absceso Hepático Amebiano, según edad y el sexo. Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
10-20 años	12	4	16
21-30 años	16	0	16
31-40 años	0	8	8
41-50 años	8	4	12
51-60 años	12	8	20
61-70 años	24	4	28
Total	72	28	100
	X ² = ,000	p= ,000	α= 0,05

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que en la distribución de estos pacientes (100%), el mayor grupo etario fue entre 61 a 70 años con un porcentaje del 24%, concerniente al sexo masculino; por el contrario en el sexo femenino, el mayor grupo etario fue entre los 31 a 40 años y 51 a 60 años, con un 8% de casos cada uno. El grupo etario donde no se registraron casos fue entre 31 a 40 años, correspondiente al sexo masculino, y entre los 21 a 30 años, al sexo femenino.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de X² = ,000; p = ,000 ; α = 0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA N° 12. Distribución de casos según localización del Absceso Hepático Amebiano y el tratamiento realizado. Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Localización del A.H.A	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
Derecho	64	24	88
Izquierdo	8	4	12
Total	72	28	100
	X ² = 0,661	p= 0,661	α= 0,05

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que en la distribución de estos pacientes (100%), los abscesos hepáticos amebianos que se localizaron en el lóbulo derecho (88%), un 64% se manejó de forma farmacológica y un 24% de manera quirúrgica, en cambio los abscesos hepáticos amebianos que se localizaron en el lóbulo izquierdo (12%), tuvieron un manejo farmacológico en un 8%, y de manera quirúrgica un 4%.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de X² = 0,661; p = 0,661 ; α = 0,05, por lo que se acepta la hipótesis nula.

TABLA N° 13. Distribución de casos según Edad y Tratamiento realizado. Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Edad	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
< 50 años	48	4	52
≥ 50 años	24	24	48
Total	72	28	100
	X ² = ,000	p= ,000	α= 0,05

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que de las 100 historias; el 72% de estos fueron tratados por el método farmacológico, siendo estas el 48% en pacientes < 50 años y el 24% en pacientes ≥ 50 años; así mismo con el método quirúrgico fueron tratados el 28% de pacientes, siendo de estos el 4% en pacientes < 50 años y el 24% en pacientes ≥ 50 años. Notándose un mayor porcentaje (52%) de casos atendidos en pacientes < 50 años.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de X² = ,000; p =,000 ; α = 0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA N° 14. Distribución de casos según sexo y el tratamiento realizado para el absceso hepático amebiano. Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Sexo	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
Masculino	48	24	72
Femenino	24	4	28
Total	72	28	100
	$X^2= 0,057$	$p= 0,057$	$\alpha= 0,05$

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que de las 100 historias clínicas de pacientes estudiados con diagnóstico de absceso hepático amebiano; el 72% de estos fueron tratados por el método farmacológico, siendo estos el 48% del sexo masculino y el 24% del sexo femenino; así mismo por el método quirúrgico fueron tratados el 28% de pacientes, siendo de estos el 24% del sexo masculino y el 4% del sexo femenino. Notándose un mayor porcentaje (72%) de casos atendidos fueron del sexo masculino.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $X^2 = 0,057$; $p = 0,057$; $\alpha = 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis nula.

TABLA N° 15. Distribución de casos entre número de abscesos hepáticos amebianos encontrados y el tratamiento realizado. Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Número de A.H.A. encontrados	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
1 absceso	68	16	84
2 absceso	4	12	16
Total	72	28	100
	X ² = ,000	p= ,000	α= 0,05

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se detalla que como absceso único encontrado (84%), de los cuales un 68% se resolvió de manera farmacológica y un 16% de la forma quirúrgica; así mismo también se encontró dos abscesos (16%), resolviéndose con tratamiento farmacológico un 4% de estos y con tratamiento quirúrgico un 12%.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de X² = ,000; p = ,000 ; α = 0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA N° 16: Distribución de casos entre el número de abscesos hepáticos amebianos encontrados y la localización de estos en los lóbulos hepáticos. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 - 2016

Número de A.H.A encontrados	Localización del A.H.A		Total
	Derecho	Izquierdo	
1 absceso	72	12	84
2 absceso	16	0	16
Total	88	12	100
	$X^2= 0,107$	$p= 0,107$	$\alpha= 0,05$

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se detalla que como absceso único encontrado (84), de las cuales 72 se localizaron en el lóbulo derecho y 12 en el lóbulo izquierdo; así mismo también se encontró dos abscesos (16%), de estos todos fueron localizados en el lóbulo derecho.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $X^2 = 0,107$; $p = 0,107$; $\alpha = 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis nula.

TABLA N° 17. Distribución de casos entre el rango de tamaño del absceso hepático amebiano y el tratamiento realizado. Hospital II – 2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Tamaño del A.H.A.	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
< 10 mm	0	4	4
31-40 mm	4	0	4
51-60 mm	12	0	12
61-70 mm	12	0	12
71-80 mm	8	0	8
81-90 mm	12	4	16
91-100 mm	12	0	12
> 100 mm	12	20	32
Total	72	28	100
	X ² = ,000	p= ,000	α= 0,05

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que la distribución de casos entre el rango de tamaño del absceso hepático amebiano y el tratamiento realizado; el rango con mayor porcentaje con un 32%, fueron los > 100 mm, los cuales fueron tratados de manera farmacológica 12% y con tratamiento quirúrgico el 20%.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de X² = ,000; p = ,000 ; α = 0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

TABLA N° 18. Distribución de casos según el tamaño del absceso hepático amebiano en relación al punto de corte (70mm), y el tratamiento realizado. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Tamaño de A.H.A	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
≤ 70mm	28	0	28
> 70mm	44	28	72
Total	72	28	100
	X ² = ,000	p= ,000	α= 0,05

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que la distribución según el tamaño del Absceso Hepático Amebiano en relación al punto de corte (70 mm), y el tratamiento realizado. Al ejecutar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $X^2 = ,000$; $p = ,000$; $\alpha = 0,05$; lo que significa rechazar la hipótesis nula.

TABLA N° 19. Distribución de casos según sexo y el tamaño del absceso hepático amebiano en relación al punto de corte (70mm). Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Sexo	Tamaño del A.H.A		Total
	≤ 70mm	> 70mm	
Masculino	16	56	72
Femenino	12	16	28
Total	28	72	100
	X ² = 0,039	p= 0,039	α= 0,05

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Existe relación entre el sexo y el tamaño del A.H.A a predominio del sexo masculino, con un X²= 0,039 (p < 0,05 aceptado).

TABLA N° 20. Distribución de casos mediante el rango de estancia hospitalaria, en relación con el tipo de tratamiento para el absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Tiempo de estancia hospitalaria	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
1-4 días	28	4	32
5-8 días	24	4	28
9-12 días	4	12	16
13-16 días	12	8	20
17-20 días	4	0	4
Total	72	28	100
	X ² = ,000	p= ,000	α= 0,05

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

La mayor estancia hospitalaria estuvo entre 1 a 8 días (60%), predominando el tratamiento farmacológico.

Al ejecutar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de X² = ,000; p = ,000 ; α = 0,05; lo que significa rechazar la hipótesis nula.

TABLA N° 21. Costo para el tratamiento del absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Tratamiento A.H.A	Costo en nuevos soles (S/.)
Tratamiento farmacológico	11.46
Tratamiento quirúrgico	369.98

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

*Considerando para el tratamiento farmacológico al Metronidazol como único esquema terapéutico; administrando por vía endovenosa (ampolla de 500mg) por tres días, cada 8 horas, luego pasando a la administración oral (tabletas de 500mg) cada 8 horas, por siete días más,

TABLA N°22. Precios hospitalarios del MINSa

Medicamento	Concentración	Forma Farmacéutica	Precio
Metronidazol	500 mg	Solución Inyectable	S/. 1.18
Metronidazol	500 mg	Tableta oral	S/. 0.04
Ciprofloxacino	200 mg	Solución Inyectable	S/. 1.00
Ciprofloxacino	500 mg	Tableta oral	S/. 0.09
Ceftriaxona	1 g	Solución Inyectable	S/. 1.08
Tipo de Drenaje		Precio	
Drenaje percutáneo dirigido		S/. 286.92	
Drenaje a cielo abierto		S/. 369.98	

Fuente: Base de datos. Hospital II – 2 Tarapoto. MINSa (2017)

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

TABLA N° 23. Reacciones secundarias/adversas al tratamiento farmacológico y al tratamiento quirúrgico del absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Reacciones secundarias/adversas	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
Nauseas/Vómitos	04	04	08
Total	04	04	

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Tanto en el tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico se evidenciaron reacciones adversas y/o secundarias, que fueron las náuseas y los vómitos. Cuatro (04) casos para tratamiento.

TABLA N° 24. Relación entre la evolución y el tratamiento realizado del absceso hepático amebiano. Hospital II-2 Tarapoto. Periodo 2007 – 2016

Evolución	Tratamiento realizado		Total
	Farmacológico	Quirúrgico	
Buena	70	26	96
Complicaciones	2	2	4
Total	72	28	100
	$X^2= 0,317$	$p= 0,317$	$\alpha= 0,05$

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Dick Christians Chú Tenazoa

Se observa que el 96% de los pacientes tuvieron una evolución buena de la enfermedad, y que solo en un 4% se manifestaron complicaciones, que fue el derrame pleural.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $X^2 = 0,317$; $p = 0,317$; $\alpha = 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis nula.

CAPÍTULO

VI

CAPITULO VI: DISCUSIÓN

Al realizar el análisis univariado, para la variable independiente, se observa con respecto al sexo, se encontró que, dentro del grupo de estudio, el sexo predominante fue el masculino con 72 pacientes, que represento el 72%; en estudios de autores nacionales e internacionales; Berdejo J.C y col (15), Arroyo D (16), Carrillo L y col (11), Samaniego L y col (17); encuentran predominio de participación de pacientes de sexo masculino, lo que coincide con nuestro proyecto de investigación.

Dentro de nuestro grupo de estudio la edad promedio fue de 43.92 ± 20.91 años; siendo el predominio de pacientes dentro del rango de 61 a 70 años (28%). En el estudio de Samaniego L y col (17), la edad promedio fue 41.38 ± 18.60 años, siendo más frecuente de 30 a 69 años (74.48%); donde podemos concluir que las edades se asemejan en la población de estudio con el nuestro.

En el grupo de estudio de Samaniego L y col (17), la población que más se vio afectada fueron los agricultores (60%) estudiantes (10%) y amas de casa (6.67%). En nuestro estudio el 52% de los pacientes fueron agricultores, seguido de un 24% de amas de casa y un 16% estudiantes. Encontrando predominio sobre el grupo de población que se vio afectada (agricultores).

Carrillo L y col. (11) y Samaniego L y col (17), en sus estudios encuentran el tiempo de enfermedad promedio para A.H.A de 2,5 semanas y de 12.12 ± 6.35 días respectivamente. En nuestro estudio el promedio de días de tiempo de enfermedad fue de $12,36 \pm 16,70$, siendo el rango de días con mayor porcentaje con un 48%, el de 06 a 10 días; encontrando similitud de resultados con este factor sociodemográfico.

En nuestro estudio el cuadro clínico se caracterizó principalmente por dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre y hepatomegalia. Encontrando coincidencia en estudios de Berdejo J.C y col (15), Carrillo L y col. (11) y Samaniego L y col (17).

De manera general en nuestro grupo de estudio el rango de la estancia hospitalaria fue entre 1 a 17 días, con un promedio de $8,24 \pm 4,50$ días. En el estudio de Samaniego L y col (17), el tiempo de hospitalización fue de 14 ± 8.02 días; no encontrando relación en los días de estancia hospitalaria.

Berdejo J.C y col (15), Carrillo y col (11), en sus estudios la ubicación del A.H.A en el lóbulo derecho fue de 60% y 77% respectivamente, seguido por el lóbulo izquierdo en un 39,95% para Berdejo J.C y col. En nuestro estudio el 88% de los abscesos hepáticos amebianos se localizó en el lóbulo derecho, mientras que en el lóbulo izquierdo solo el 12%. Coincidiendo con ese estudio que el lóbulo derecho se vio más afectado.

En nuestro estudio los segmentos comprometidos con mayor número de porcentaje son el siete (24%), seguido del seis (16%). En el grupo de estudio de Berdejo J.C y col (15) los segmentos comprometidos son el tres (8,1%), cuatro (26,4%), cinco (12,3%), seis (12,6%), siete (24,6%) y el ocho (16%); donde podemos concluir que el segmento con mayor compromiso fue el siete, con un porcentaje casi similar con la población de estudio con el nuestro.

Se detalla en nuestro estudio como absceso único encontrado (84%), dos abscesos (16%). Berdejo J.C y col (15), Carrillo L y col (11), en sus estudios encuentran como único absceso (73%). Coincidiendo con ese estudio la prevalencia de absceso único encontrado.

Carrillo L y col. (11) en su estudio encontró un diámetro promedio de 70 mm del A.H.A. En nuestro estudio se observa que el tamaño del A.H.A, en promedio fue de $89,04 \pm 25,41$ mm

de diámetro, sin embargo, cuando se dividieron los pacientes por el tamaño del AHA en punto crítico 7 mm, fue el $X^2 = 0,039$ ($p < 0,05$ aceptado), concluyendo que se rechaza la hipótesis nula.

Berdejo J.C y col, (15) en su estudio el 48% de pacientes solamente se usó antibioticoterapia, 39 pacientes (67,2%) ingresaron a cirugía abierta, 19 pacientes (32,7%) fueron manejados con drenaje más colocación de catéter percutáneo. Carrillo L y col. (11) en su estudio, toda la población en estudio (46) recibieron antibiótico terapia, diecisiete pacientes (36,9%) fueron operados, 7 pacientes (15,2%) recibieron drenaje externo con catéter percutáneo y en 10,9% (5 pacientes) se manejó con aspiración directa. Samaniego L y col. (17) en su estudio el tratamiento fue: metronidazol + antibiótico (37.78%), metronidazol + antibiótico + drenaje percutáneo (24.45%) y metronidazol + drenaje quirúrgico (3.33%). En nuestro estudio el 72% de los pacientes fueron tratados por el método farmacológico, siendo el antibiótico más prescrito el metronidazol, y la terapia combinada más frecuente fue dicho fármaco con ciprofloxacino (52%); y por el método quirúrgico solo el 28%, siendo el drenaje a cielo abierto el de elección; encontrándose porcentajes similares con estos autores

En nuestro estudio 48 pacientes de los 100 que entraron al estudio fueron mayores de 50 años. Carrillo L y col. (11) en su estudio encuentra que 21 pacientes de los 46 que entraron en su estudio fueron mayores de 50 años. Encontrando cierta similitud de porcentaje con nuestro estudio.

A pesar que esta enfermedad es mucho más frecuente en países en vías de desarrollo, como el nuestro, es importante conocer las características clínicas de la misma, y llegar a un tratamiento rápido, oportuno y eficaz para la mejoría y cura de los pacientes que la presentan.

CAPÍTULO

VII

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

1. En conclusión, el absceso hepático amebiano en el Hospital II – 2 Tarapoto, es una patología aguda o subaguda, con un tiempo de enfermedad en promedio de 12,36 días, que se presentó en pacientes de mediana edad (edad promedio fue 43.92 ± 20.91 años), con preferencia del género masculino, siendo el 52% de los pacientes de oficio agricultor, cuya sintomatología principal fue la fiebre, dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia, siendo la combinación más frecuente el dolor abdominal en hipocondrio derecho con fiebre en un 48%.
2. El promedio de estancia hospitalaria fue de 8,24 días. Evidenciando que aquellos pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico tuvieron mayor días de estancia hospitalaria.
3. El promedio de tamaño del A.H.A fue de $89,04 \pm 25,41$ mm diámetro. Los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico tuvieron un promedio de 80,94 mm; mientras los que recibieron tratamiento quirúrgico, fue de 108,42 mm. Evidenciando diferencia significativa entre cada tratamiento realizado.
4. Hay diferencia entre la eficacia del tratamiento farmacológico y quirúrgico del A.H.A, en relación al punto de corte (70mm).
5. El 88% de los A.H.A se localizó en el lóbulo derecho, mientras que en el lóbulo izquierdo solo el 12%.
6. El segmento hepático (VII) presentó mayor compromiso (24%)
7. Se detalla que como absceso único encontrado (84%); dos abscesos (16%).

8. El 72% de los pacientes fueron tratados por el método farmacológico y con el método quirúrgico solo el 28%.
9. El antibiótico más prescrito fue el metronidazol, y la terapia combinada más frecuente fue dicho fármaco con ciprofloxacino (52%).
10. El drenaje a cielo abierto fue el tratamiento quirúrgico de elección.
11. El costo para el tratamiento farmacológico del A.H.A es de S/.11.46, mientras que para el tratamiento quirúrgico es de S/. 369.98
12. Tanto en el tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico se evidenciaron reacciones adversas y/o secundarias, que fueron las náuseas y los vómitos.
13. En relación a las complicaciones que hubo en dicho estudio, no hay diferencia entre el tratamiento farmacológico y quirúrgico del A.H.A evidenciando al derrame pleural derecho como única complicación.

CAPÍTULO

VIII

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

Es importante alertar a los médicos que el absceso hepático amebiano es parte del diagnóstico diferencial de un paciente con fiebre de larga evolución y hepatomegalia

Es preciso recordar que no existen fármacos profilácticos para la amebiasis. Las medidas de control para evitar la propagación de la infección y sus complicaciones es mediante la instauración de medidas higiénicas y sanitarias, incluyen el lavado adecuado de las manos con agua y jabón después de utilizar los servicios higiénicos, así mismo el lavado de los alimentos antes de su consumo y evitar las fuentes de contaminación fecal, la depuración de las aguas residuales y el control del suministro de agua potable

En áreas de alto riesgo la infección puede reducirse al mínimo evitando comer frutas y vegetales sin pelar y utilizando agua embotellada. Como los quistes muestran cierta resistencia al cloro se recomienda la desinfección por yodación. La transmisión sexual puede controlarse mediante el uso de preservativos.

Es importante desarrollar protocolos de manejo de esta enfermedad, con el propósito de mejorar la calidad de la información consignada en las historias clínicas, dado que esto representó una clara limitación del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernano R, Buendía O, Machicado J, Marcos L, Bedoya P; Absceso hepático amebiano en viajeros: reporte de casos clínicos y revisión de literatura, Perú, Revista peruana de Parasitología: Volumen 19, Número 1, 2011.
2. Pritt BS, Clark CG. Amebiasis. *Mayo Clin Proc* 2008; 83(10): 1154-9; quiz 1159-60.
3. Salles JM, Moraes LA, Salles MC, Hepatic amebiasis. *Braz J Infect Dis* 2003; 7 (2): 96-100.
4. Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA Jr. Amebiasis. *N Engl J Med* 2003; 348:1565-73.
5. Petri WA Jr., Haque R. Entamoeba Species, Including Amebiasis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennetts Principles and Practice of Infectious Diseases*. Vol 2. 7th ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; 2009: 3097-3111.
6. Walsh JA. Problems in recognition and diagnosis of amebiasis: estimation of the global magnitude of morbidity and mortality. *Rev Inf Dis* 1986; 8:228-38.
7. Sandeep SM, Banait VS, Thakur SK, Bapat MR, Rathi PM, Abraham P. Endoscopic biliary drainage in patients with amebic liver abscess and biliary communication. *Indian J Gastroenterol* 2006; 25:125-7.
8. Sherlock S, *Diseases of the Liver and Biliary System*, Hepatic amoebiasis, 11th edition, 2002; pp 498-500.
9. Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares, Asociación española para el estudio del hígado, 2da Edición, 2001, pp 272-275.

10. Bessmann J, Pham Van L, Ton Un PA et al. Epidemiology of amebiasis in a región of high incidence of amebic liverabscess in Central Vietnam. *Am J Trop Med Hyg* 2002; 66: 578-583.
11. Carrillo L, Cuadra-Urteaga J, Pintado S, Canelo-Aybar C, Gil M; Absceso hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2010; 30-1: 46-51.
12. Barrera F. Absceso hepático: Enfrentamiento diagnóstico y terapéutico. *Gastroenterol latinoam* 2010; 21(2): 309-313.
13. Cosme A, Ojeda E, Zamarreño I et al. Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients. *Rev Esp Enferm Dig* 2010; 102(2):90-9.
14. Tamez A, Guillén N, Castorena C; Absceso hepático amebiano múltiple; *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*; México. Vol. XXIII, Núm. 3 / Jul.-Sep. 2009 pp 165-172.
15. Berdejo J.C, Troche M, Arredondo A; Tratamiento del absceso hepático. Experiencia en el Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay, 2014.
16. Arroyo D, comparación del método quirúrgico vs. el farmacológico en el tratamiento de absceso hepático amebiano, Tesis, Ecuador, 2013.
17. Samaniego L; Calderón J; Rodríguez J; Zegarra W; Alegre P; Ramírez H, Absceso hepático amebiano en Tarapoto-Perú, *Rev. gastroenterol. Perú*; 12(3):135-45, sept.-dic. 1992.
18. Marín E, Pinilla A, López M. Absceso hepático amebiano revisión de 100 años de esta patología en Colombia, *Acta Med Colomb* 2000; 25:218-226.

19. Aguilera P, Barry T, Tovar J. Entamoeba histolytica mitosomes: Organelles in search of a function. *Exp.Parasitol*, 2007.
20. Ali IK, Mondal U, Roy S, Haque R, Petri WA, Jr., & Clark CG. Evidence for a link between parasite genotype and outcome of infection with Entamoeba histolytica. *J Clin Microbiol.*2007, 45(2): 285-289.
21. Nari GA, Ceballos E, Carrera L, Preciado V, Cruz V, Briones R, Moreno H, Gongora O. Abscesos amebianos de hígado. Tres años de experiencia. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100:268-72.
22. Read KM, Kennedy-Andrews S, Gordon DL. Amoebic liver abscess in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001; 41:236-7.
23. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano no complicado, México: 2013.
24. Herrera Gomar M et al. Absceso hepático amebiano. *Médica Sur México* 2003; 10 (1): 35-7.
25. Blessmann J, Duy Binh H, Manh Hung D, Tannich E, Burchard E. Treatment of amoebic liver abscess with metronidazole alone or in combination with ultrasound-guided needle aspiration: a comparative, prospective and randomized study. *Trop Med Int Health.* 2003; 8:1030-4.
26. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, et al: Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. *N Engl J Med* 2006; 354:119-130.

27. Zhu MM, Lu H, Wang TR et al. Concurrent amoebic and *Klebsiella pneumoniae* liver abscess in an immunocompetent patient: An unusual case report and review of the literatura. J Dig Dis 2010; 11(4): 249-53.
28. Balint T et al. Hepatic abscess, current concepts in diagnostic and treatment. Current surgery. 2001; 58:381-384.
29. Telich – Tarribaje, Parrao IJ, Montes JM, et al. Drenaje de absceso hepático amebiano por laparoscopia de puerto único. Cirugía y cirujanos, 2015; 83(4):329-333.
30. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano no complicado. México: Secretaria de Salud 2014.
31. Mukhopadhyay M, Saha AK, Sarkar A, et al. Amoebic Liver Abscess in the medical emergency of a North Indian Hospital. BMC Research Notes. 2010; 3:21-3.
32. Editors. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2016. 4th edition. USA.

ANEXOS

ANEXO N° 01

COMPARACION ENTRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y QUIRURGICO DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO. HOSPITAL II - 2 TARAPOTO. PERIODO 2007 - 2016.					
1.	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS		HC:	_____	
2.	Nombre y Apellidos: _____				
3.	Sexo:	Masculino ()	Femenino ()		
4.	Edad: _____				
5.	Grado de instrucción: _____				
6.	Ocupación: _____				
7.	Procedencia: _____		Domicilio: _____		
8.	Estado civil: _____				
9.	Uso de analgésicos previos:	SI	NO	VO	VP
	¿Qué analgésico?	_____			
10.	Uso de antibióticos previos:	SI	NO	VO	VP
	¿Qué antibiótico?	_____			
11.	Fecha de ingreso a hospitalización: _____				
12.	Fecha de alta: _____				
13.	Tiempo de estancia hospitalaria: _____				
14.	Tipo de tratamiento:				
	• Medico	() _____			
	• Quirúrgico	() _____			
		○ Drenaje con catéter percutáneo	()		
		○ Drenaje quirúrgico	()		

15. Tipo de servicios básicos:

Agua potable:	SI	NO
Desagüe:	SI	NO

16. Tiempo de enfermedad: _____

17. Cuadro Clínico

18. Ecografía Hepática

Localización: _____ **Altura Hepática:** _____

- **Lóbulo Derecho** ()
- **Lóbulo Izquierdo** ()

Segmento afectado: _____

Número(s) de absceso(s) _____

Tamaño del Absceso: _____

19. Laboratorio

- **Leucocitos** () _____
- **Abastionados** () _____
- **Hemoglobina** () _____
- **Hematocrito** () _____
- **TGO** () _____
- **TGP** () _____
- **Fosfatasa Alcalina** () _____
- **Bilirrubina Total** () _____
 - **Directa** () _____
 - **Indirecta** () _____
- **Urea** () _____
- **Creatinina** () _____

20. Complicaciones: _____

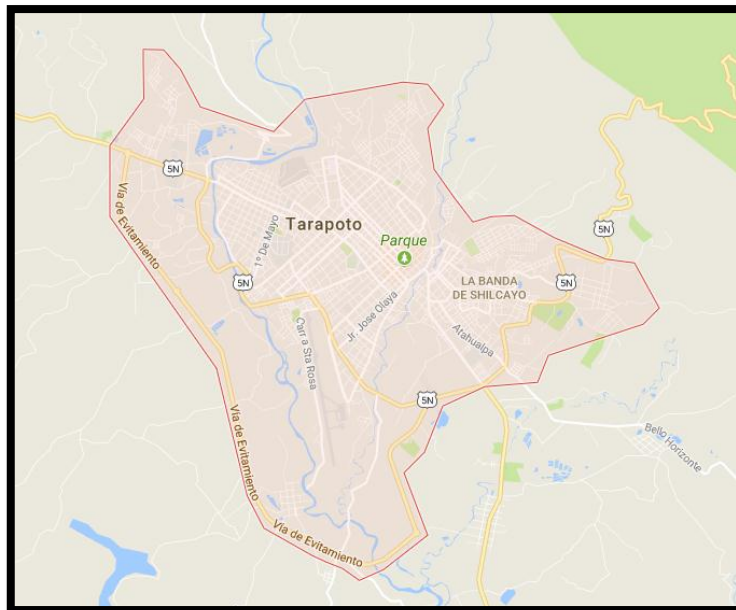
ANEXO N° 02



**MAPA POLÍTICO DEL PERÚ CON EL DEPARTAMENTO DE
SAN MARTÍN.**



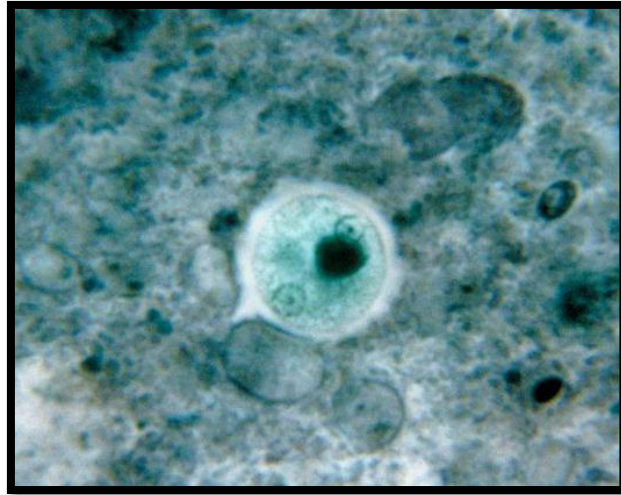
DEPARTAMENTO DE SAN MARTÍN CON SUS 10 PROVINCIAS



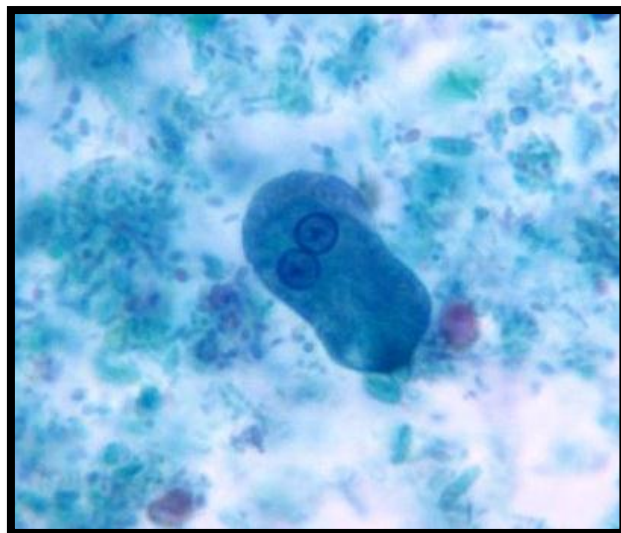
DISTRITO DE TARAPOTO

ANEXO N° 03

Entamoeba histolytica

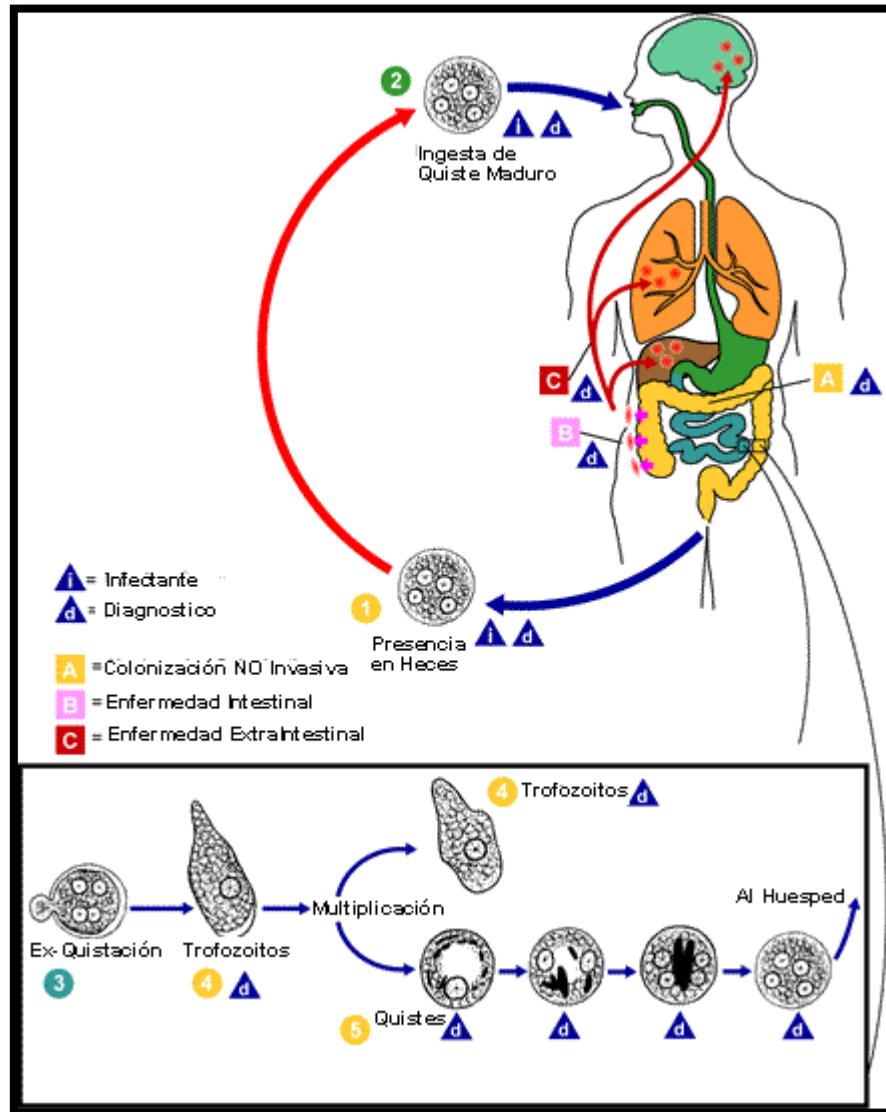


Quiste



Trofozoíto

ANEXO N° 04



Ciclo de vida de la *Entamoeba histolytica*

ANEXO N° 05



Imagen de absceso hepático amebiano visto por ultrasonido

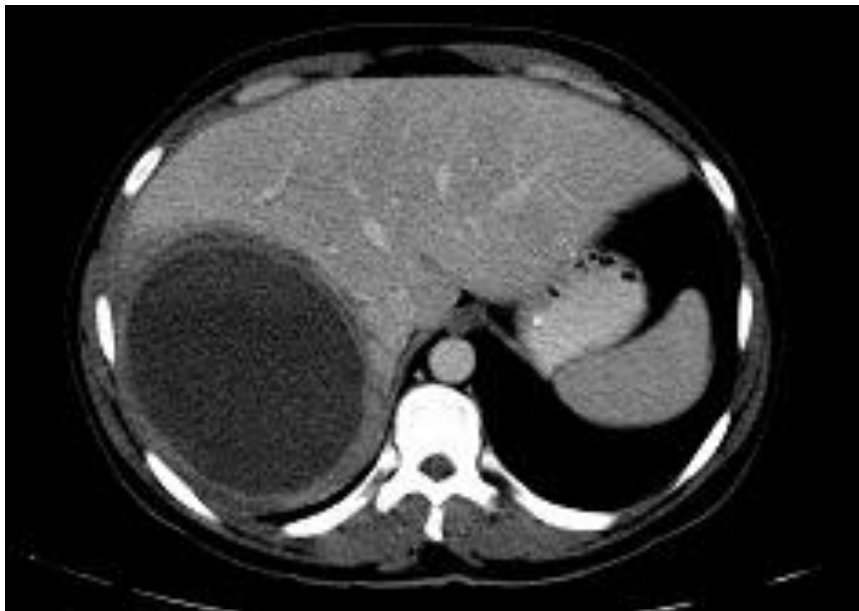


Imagen de absceso hepático amebiano visto por TEM, donde se aprecia voluminosa masa hipodensa, uniloculada y bien definida en el lóbulo hepático derecho, con una cápsula hiperdensa y edema periférico.

ANEXO N° 06

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

AUTORIZACIÓN

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

AUTORIZA:



A, DICK CHRISTIANS CHU TENAZOA, estudiante de la Escuela Académica Profesional de Medicina Humana, de la Facultad de Ciencias de la Salud-Universidad Nacional de San Martín - T, para recolectar datos clínicos y de esta manera cumplir en ejecutar los objetivos, para la ejecución del Proyecto Titulado: "COMPARACION ENTRE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y QUIRURGICO DEL ABSCESO HAPATICO AMEBIANO – HOSPITAL II-2 TARAPOTO – PERIODO 2007 – 2016".

Tarapoto, 07 de Agosto del 2017



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN
UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2 TARAPOTO

Med. Ciruj. Javier F. Palomino Davila
DIRECTOR