



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO ANZOÁTEGUI  
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR.LUIS RAZETTI –BARCELONA

**CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES CON  
APENDICECTOMÍA**

Tutor:

Carmelo Romero  
Alfonso Cáceres

Autor:

Rivas Torres, Rita Carolina

Trabajo especial de grado para optar al título de especialista en Cirugía General.

Barcelona, Noviembre 2013



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
NUCLEO DE ANZOATEGUI  
POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZETTI".  
BARCELONA. ESTADO ANZOÁTEGUI

### **ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

El trabajo de grado presentado por el aspirante: **Rita Carolina Rivas Torres**, como requisito parcial para optar al título de **Especialista en Cirugía General**, titulada:

**Cirugía Mayor ambulatoria en pacientes con apendicectomía**

Tutor:

Carmelo Romero

Alfonso Cáceres

Hemos evaluado la presentación, contenido, análisis y discusión del trabajo en mención, siendo ésta satisfactoria, por lo que se acordó su APROBACIÓN. En nombre de la Universidad de Oriente, por el jurado examinador: Dando fe de lo cual firmamos:

Dr. Carmelo Romero

\_\_\_\_\_

Dr. Julio Moreno

\_\_\_\_\_

Dr. Alberto Arcia

\_\_\_\_\_

Barcelona, 01 de Noviembre de 2013

## RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio prospectivo y de corte longitudinal, en 111 pacientes con el diagnóstico de apendicitis aguda, en el Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti – Barcelona (Junio de 2012 a Junio de 2013), intervenidos por medio de cirugía abierta o laparoscópica. Todos cumplieron con los criterios de inclusión de un programa de Cirugía Mayor Ambulatorio. Se evaluó el nivel del dolor postoperatorio, a través de la escala análoga de Eva (0 a 10 puntos), y la tolerancia oral para decidir el egreso. El alta médica se indicó a las 6 horas y entre las 6 y 12 horas. De los 111 pacientes incluidos en el trabajo 66 fueron mujeres (59,5%). La edad promedio fue de  $23,9 \pm 9,8$  años, con rango de 12 a 58 años. 102 pacientes (91,9%) fueron sometidos a cirugía abierta, el tiempo quirúrgico promedio fue de  $40,5 \pm 12,4$  minutos, con rango de 20 a 90 minutos ( $P=0,476$ ). El dolor postoperatorio fue  $< 3$  puntos en 71,2 % de los casos, entre 4 y 6 puntos en 28,8%. 70 pacientes se egresaron a las 6 horas y 41 entre las 6 y 12 horas. A través de la curva COR, se pudo demostrar que tanto el tiempo quirúrgico, como el dolor postoperatorio, son buenos predictores para el alta médica. Durante el estudio no se presentó reingreso de pacientes. Se concluyó que la apendicectomía puede ser incluida en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria; realizando una adecuada selección de los pacientes; el tiempo quirúrgico y el dolor postoperatorio son variables a tomar en cuenta, como predictores para el alta médica.

**Palabras clave:** Apendicectomía, Cirugía mayor ambulatoria.

# INDICE

RESUMEN .....	i
INDICE.....	ii
INTRODUCCIÓN .....	1
METODOLOGIA.....	3
Tipo de investigación.....	3
Población y muestra .....	3
Criterios de inclusión .....	3
Criterios de exclusión .....	3
Recolección de datos.....	3
Análisis estadístico .....	4
RESULTADOS.....	5
DISCUSIÓN .....	7
CONCLUSIONES .....	10
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	12

## INTRODUCCIÓN

En los Estados Unidos, ocurren 250 000 casos de apendicitis aguda por año, y se estima que la hospitalización por ésta, alcanza un millón de días y se gastan 1,5 billones de dólares anualmente en su diagnóstico y tratamiento.<sup>1</sup>

Durante más de un siglo, la apendicectomía clásica se constituyó como el procedimiento de elección para el tratamiento de la apendicitis aguda, y si bien ha habido cambios en las vías de abordaje, manejo del muñón y de la herida operatoria, uso de drenes e incluso, en la forma de administración de los antibióticos, su seguridad y baja morbilidad han sido consideradas como sus características principales.<sup>1,2</sup>

Con el advenimiento de la cirugía mínima invasiva muchos procedimientos abdominales (colecistectomía laparoscópica, bypass gástrico, reparación de hernias incisionales) se realizan como cirugía mayor ambulatoria. Esto se ha convertido en un procedimiento de rutina para cirugías electivas. Sin embargo existen cirugías de emergencia que pueden ser manejadas bajo el mismo concepto.<sup>2,3,4</sup>

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) o cirugía sin ingreso (CSI) se define como la atención a procesos quirúrgicos multidisciplinarios, realizados bajo cualquier tipo de anestesia y con unos cuidados postoperatorios poco intensivos que permiten dar de alta al paciente a las pocas horas después del procedimiento. De acuerdo con esta definición inicial, el paciente vuelve a su domicilio el mismo día de la intervención y no requiere una cama hospitalaria. Se trata así de diferenciarse de la cirugía menor ambulatoria, que engloba procedimientos quirúrgicos de muy baja complejidad realizados generalmente con anestesia local, y la cirugía de corta estancia, que se refiere a procedimientos quirúrgicos que requieren una hospitalización de 1-2 días.<sup>11,12</sup>

La cirugía mayor ambulatoria (CMA), como sistema funcional y organizado, se aplica desde mediados del siglo XX en el Reino Unido y no es hasta los años 60 cuando se comienza a desarrollar el Primer Programa de Cirugía

Ambulatoria en el Baterworth Hospital de Grand Rapids de Michigan, en los Estados Unidos.<sup>2</sup>

En julio del 2004, en el Diario Oficial de México; se señala que puede incluirse como CMA alguna cirugía de urgencia solo cuando no se invalide o limite alguna de las funciones vitales en el período postoperatorio inmediato y que, además, a juicio del cirujano y el anestesiólogo responsables del procedimiento, no se encuentren riesgos o complicaciones en dicho período.<sup>2</sup>

La primera referencia en Latinoamérica de apendicectomía clásica manejada con criterios ambulatorios, fue esbozada por Luis Moreno en 1994 en el XIV congreso panamericano de cirugía pediátrica realizada en la Habana, donde presentó su experiencia con 40 pacientes pediátricos intervenidos en Cartajena.<sup>2,5</sup>

En 1995 se presentaron los trabajos de Alberto-Pestano Tirado y J.P Velez durante el XXI congreso "Avances en cirugía" del foro quirúrgico colombiano, realizado en Santa Fé de Bogotá, donde expresaban su experiencia inicial y los beneficios del manejo ambulatorio de la apendicectomía clásica en adultos.<sup>2</sup>

Durante los últimos años, la cirugía mayor ambulatoria, con sus reconocidas ventajas, ha experimentado un crecimiento vertiginoso, debido, no solo en el desarrollo de métodos de cirugía endoscópica asociada al concepto de mínima invasividad, disminución en el impacto del trauma quirúrgico, tolerancia por parte del paciente a la deambulación temprana y tratamiento domiciliario durante el periodo de recuperación, sino también, al progreso de nuevos agentes anestésicos endovenosos y analgésicos de última generación, vigilancia directa o instrumental de la "profundidad" de la anestesia, entre otros, que hacen que el proceso de recuperación, posterior a la anestesia, sea sumamente breve.<sup>1,2,6,7</sup>

La alta incidencia de apendicitis aguda no complicada, y los progresos recientes en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, condujeron a pensar en la necesidad de tratar a estos pacientes; mediante cirugía mayor ambulatoria, una vez se hayan establecido algunos criterios de selección.<sup>1</sup>

El presente trabajo se realizó con el propósito de evaluar los resultados obtenidos con el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, en pacientes con apendicectomía.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de investigación**

Se realizó un este estudio prospectivo y de corte longitudinal.

### **Población y muestra**

Población: Estuvo representada por los pacientes que ingresaron a la emergencia del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, con el diagnóstico de apendicitis aguda, intervenidos quirúrgicamente por cirugía abierta o laparoscópica; durante Junio de 2012 a Junio de 2013.

Muestra: Constituida por 111 pacientes seleccionados.

### **Criterios de inclusión**

- Diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda no complicada.
- Pacientes mayores de 12 años y menores de 65 años.
- Estado funcional ASA I o II.
- Cuadro clínico no mayor a las 72 horas.
- Tolerancia oral a las 6 horas.
- Vivir en el área metropolitana donde se encuentra el centro hospitalario.

### **Criterios de exclusión**

- Sospecha de apendicitis aguda complicada: plastrón o peritonitis.
- Domicilio lejano.

### **Recolección de datos**

Se realizó a través de un formulario (anexo 1). Se distribuyeron en dos grupos; egresados a las 6 horas y entre las 6 y 12 horas.

Se utilizó en todos los pacientes anestesia general, e inhalatoria. Concluido el acto operatorio y después de la extubación, el paciente se trasladó a la unidad de recuperación postanestésica, con la vigilancia y supervisión del personal de anestesia y enfermería, donde se mantenía monitorizado. Se administró analgésico (ketoprofeno), y una dosis de antibiótico, ampicilina-sulbactam a una dosis de 1.5gr y se valoró el grado de dolor postoperatorio según escala visual analógica de Eva, de 0 a 10 (0, ausencia de dolor y 10, máximo dolor imaginable). Iniciaron la ingestión de líquidos claros “a tolerancia” unas 4 a 6 horas de finalizada la anestesia y, en forma paralela, la deambulación precoz.

### **Análisis estadístico**

Los datos fueron procesados en el programa SPSS 21.0. Se calculó frecuencia y porcentaje de las variables categóricas. Se calculó la media, desviación y rango de las variables continuas. Se empleó la prueba de regresión logística con el propósito de comparar los porcentajes y obtener el riesgo relativo. La curva ROC en los pronósticos. La validez estadística se ubicó en  $P < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se evaluaron 111 pacientes que se le realizaron apendicectomía. De ellos, 66 fueron mujeres (59,5%). La edad promedio fue de  $23,9 \pm 9,8$  años, con rango de 12 a 58 años. 102 pacientes (91,9%) fueron sometidos a cirugía abierta y el tiempo quirúrgico promedio fue de  $40,5 \pm 12,4$  minutos, con rango de 20 a 90 minutos ( $P=0,476$ ). El dolor postoperatorio fue  $< 3$  puntos en 79 (71,2 %) casos, y entre 4 y 6 puntos en 32 (28,8%) de los pacientes.

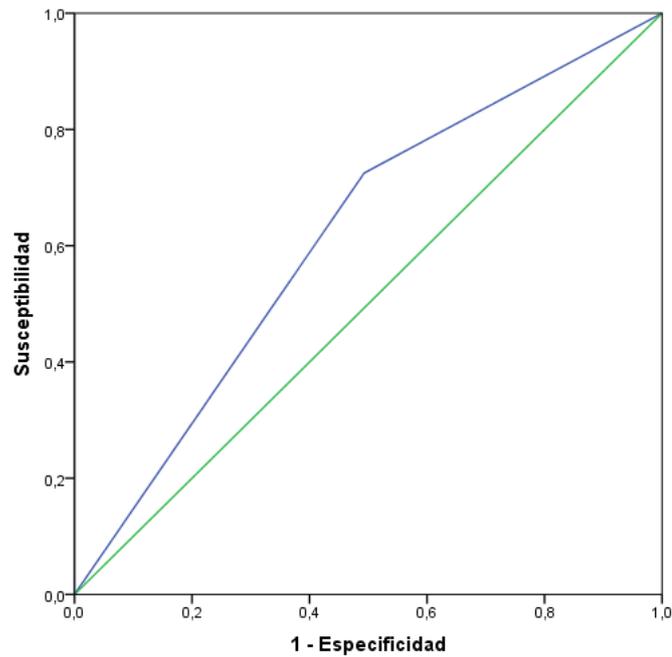
Al asociar el tiempo de la cirugía y el alta médica, observamos relación estadística ( $P=0,019$ ). El  $RR=2,7$  sugiere que de cada 4 pacientes con tiempo quirúrgico  $\geq 40$  minutos, a 3 de ellos el alta médica ocurrirá después de la 6 horas de la intervención y 1 a las 6 horas, para una relación aproximada de 3 a 1. Hubo una sensibilidad de 72,5%, una especificidad de 50,7%. Esto significa que el tiempo quirúrgico es buen predictor del alta médica, área bajo la curva ROC = 61,6% ( $P=0,043$ ). Ver Tabla y Gráfico 1.

**Tabla 1**

Alta médica	Tiempo quirúrgico (minutos)		Total
	$< 40$	$\geq 40$	
6 horas	36	35	71
	<b>50,7%</b> 76,6%	49,3% 54,7%	100,0% 64,0%
$> 6$ horas	11	29	40
	27,5% 23,4%	<b>72,5%</b> 45,3%	100,0% 36,0%
Total	47	64	111
	42,3% 100,0%	57,7% 100,0%	100,0% 100,0%

$P=0,019$ ;  $RR=2,7$

Gráfico 1. Curva COR (Característica Operativa del Receptor) de Tiempo quirúrgico y Alta médica.



En la asociación entre dolor postoperatorio y el alta médica, se observó una relación estadística ( $P=0,001$ ). El  $RR=39,1$  sugirió que de cada 39 pacientes con dolor postoperatorio  $> 3$  puntos el alta médica se realizó después de la 6 horas y 1 paciente con  $< 3$  puntos a las 6 horas de la intervención. Determinando que el dolor postoperatorio es buen predictor del alta médica, área bajo la curva ROC = 82,2% ( $P= 0,047$ ). Ver Tabla y Gráfico 2.

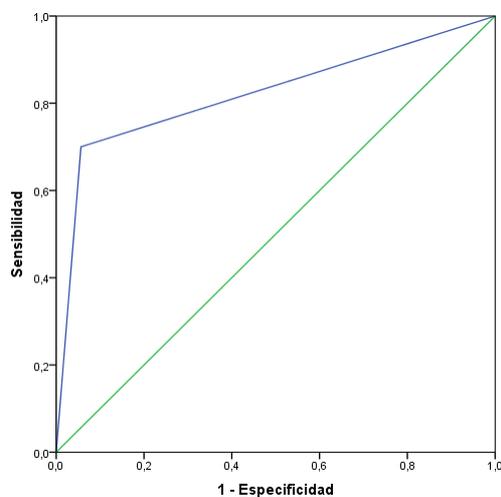
Tabla 2

Alta médica	Dolor Postoperatorio (puntos)	Total
-------------	-------------------------------	-------

(Horas)	<3	>3	
	67	4	71
6 horas	94,4%	5,6%	100,0%
	84,8%	12,5%	64,0%
	12	28	40
> 6 horas	30,0%	70,0%	100,0%
	15,2%	87,5%	36,0%
	79	32	111
Total	71,2%	28,8%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

P=0,001; RR=39,1

Gráfico 2. Curva COR (Característica Operativa del Receptor) de dolor postoperatorio y Alta médica.



Solo dos pacientes después de iniciado la dieta a las 6 horas presentaron nauseas, que ameritó la administración de antiemético, y estancia hospitalaria por 24 horas.

## DISCUSIÓN

Como requisito fundamental para la realización de apendicectomía mediante cirugía ambulatoria hay que plantear y lograr que esto no genere un riesgo para el

paciente; para ello, se establecen una serie de criterios específicos de selección que asegure la más alta probabilidad de éxito con la máxima seguridad. Considerando este último aspecto, hay que tomar en cuenta que la apendicitis aguda es una urgencia quirúrgica (con muy pocas excepciones) y que la cirugía mayor ambulatoria es un proceso que se realizó en pacientes electivos y, por lo general, durante el día.<sup>2</sup>

Esto generó la necesidad de incluir en el estudio a pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda no complicada, con menos de 72 horas de evolución y domicilio cercano al centro hospitalario.

En nuestra serie se incluyeron 111 pacientes con apendicectomía, 102 (91,9%) fueron sometidos a cirugía abierta y todos fueron manejados bajo el mismo protocolo: anestesia general intravenosa, analgesia postoperatoria, dieta entre las 4 y 6 horas del postoperatorio y deambulación precoz. Durante su evaluación clínica se definió el egreso de los pacientes que tuvieron adecuado control del dolor y tolerancia de la dieta oral. Se manejó como pacientes ambulatorios a los individuos que tuvieron estancia hospitalaria entre las 6 y 12 horas.

En el 2005, D. A. Manrique publicó la primera referencia de un programa de apendicectomía ambulatorio, en este caso, por laparoscopia en pacientes intervenidos en Lima en el libro de J. H. Moore “Cirugía mayor ambulatoria: experiencias para Latinoamérica”, donde describió una estancia hospitalaria más corta en los pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica para casos seleccionados de apendicitis aguda y que manejaban un protocolo de analgesia preventiva multimodal, uso preferente de anestesia intravenosa total, tiempo operatorio corto y administración oportuna de profilaxis antimicrobiana y antiemética.<sup>1,2,8</sup>

El tiempo operatorio es clave para el éxito de cualquier cirugía ambulatoria, e incluso, en algunas series es el factor pronóstico. Se ha establecido que una duración de la intervención superior a 60 minutos se asocia a una alta probabilidad de estancia prolongada o ingreso hospitalario.<sup>1,10</sup>

En nuestra serie el tiempo quirúrgico promedio fue de  $40,5 \pm 12,4$  minutos, además, sugiere que de cada 4 pacientes con tiempo operatorio  $\geq 40$  minutos

tienen más posibilidad de egreso después de las 6 horas y solo 1 a las 6 horas, para una relación 3:1, considerándose como buen predictor para el alta médica.

En nuestro trabajo solo dos pacientes presentaron vómitos que ameritó la administración de antieméticos y egresaron a las 24 Horas.

Un buen manejo anestésico minimiza las complicaciones anestésicas que motivan retrasos en el egreso o admisiones hospitalarias no programadas. La utilización de técnicas de analgesia preventiva multimodal (combinación de fármacos que actúan por diferentes mecanismos de acción, presentan un efecto sinérgico y un menor número de efectos adversos), administración preferente de anestesia intravenosa con mínimo uso de opiáceos, profilaxis antiemética y monitorización de la profundidad anestésica ha dado lugar al protocolo denominado “*fast track*”, que permite una rápida recuperación postanestésica y consigue que el paciente al finalizar la cirugía esté completamente despierto en el quirófano (con los criterios de recuperación inmediata), lo cual permite su paso directamente a la sala de recuperación y evita su ingreso a sala de hospitalización.<sup>11</sup>

El manejo del dolor es importante durante la estancia hospitalaria, ya que este puede ser limitante para la reincorporación pronta del paciente y por lo tanto, del egreso.<sup>12</sup> Durante nuestro estudio se evidenció que los pacientes que manifestaron dolor > 3 puntos según la escala visual análoga de Eva (considerado como dolor moderado), el egreso se realizó, después de las 6 horas. Esto significó que el dolor postoperatorio, es de igual forma, un buen predictor para el alta médica.

Una de las preocupaciones que se puede tener al hacer un procedimiento de cirugía mayor ambulatoria es la posibilidad de que puedan surgir complicaciones graves en el domicilio del paciente. La complicación quirúrgica más grave y más preocupante es la hemorragia aguda postoperatoria y el choque hipovolémico; sin embargo, como menciona J. H. Moore, el riesgo de sangrado tardío es muy bajo en las series publicadas. La gran mayoría se presenta durante la cirugía o antes de las primeras 8 horas postoperatorias y son detectadas durante un periodo de observación<sup>1, 2</sup>. Hallando relación con nuestros resultados, en ningún

caso hubo hemorragias tras la cirugía, ya que nuestros pacientes no fueron dados de alta antes de las 6 horas de la intervención, cumpliendo con un período de observación adecuado, por lo tanto no se produjo una nueva hospitalización ni una reintervención urgente por dicha causa.

## **CONCLUSIONES**

La apendicectomía puede ser incluida en un programa de cirugía mayor ambulatoria. El éxito de este procedimiento depende de una adecuada selección del paciente, tomando en cuenta, criterios de inclusión y exclusión; además del tiempo operatorio corto y dolor postoperatorio leve (<3 puntos por escala de Eva); ya que de acuerdo con los resultados obtenidos, son buenos predictores para el alta médica.

**PROTOCOLO DE CORTA ESTANCIA HOSPITALARIA (6 HORAS) EN  
APENDICECTOMÍAS**

## FECHA DE LA CIRUGÍA:

NOMBRE Y APELLIDO:	SEXO:	EDAD:	Nº HISTORIA	Nº TELEFONO	DIRECCIÓN	
COMORBILIDADES		HORAS DE EVOLUCIÓN:			AUTOMEDICACIÓN	

ASA:		ANESTESIA:		DURACIÓN DE LA CIRUGÍA:	
ABORDAJE:			FASE DE LA APENDICITIS:		

INICIO DE DIETA(HORA):		SÍNTOMAS POTOPERATORIOS:	NAUSEAS <input type="checkbox"/>	FIEBRE <input type="checkbox"/>	DOLOR <input type="checkbox"/>
INTENSIDAD DE DOLOR (EVAN):			ALTA MÉDIA (HORAS):		

OBSERVACIONES:	
----------------	--

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Manrique Mansilla, et al. *Apendicectomía laparoscópica: modelo de programa ambulatorio*. Revista colombiana de cirugía 2008.
2. Manrique Mansilla, *Libro: Cirugía mayor ambulatoria: Experiencia para Latinoamérica*. JHMoore, Bogotá. Editorial Distribuna. 2005
3. Gonagh P.J., Figuera E., and Ingham Clark L.. *Randomized clinical trial of the effectiveness of emergency day surgery against standard inpatient treatment*. British Journal of Surgery. 2002.
4. Luc Dubois, et al, *Impact of an Outpatient Appendectomy Protocol on clinical outcomes and cost: a case-control study*. the American College of Surgeons 2010.
5. Baeza-Herrera C., et al. *Apendicectomía abierta en programa de corta estancia hospitalaria*. Acta Pediatr Mex 2011.
6. Martínez Vieira A., Docobo Durántez F., Mena Robles J., et al. *Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of biliary lithiasis: outpatient surgery or short stay unit?* Rev Esp Enferm Dig (madrid).2004.
7. Salazar M., González P., et al., *Cirugía mayor ambulatoria en pacientes operados de urgencia*. MEDISAN 2013.
8. P. Jarrett, A. Staniszewsk, et al., *The development of ambulatory surgery and future challenges*. Day Surgery Development and Practice 2006.
9. Bermúdez-pestonit I., López Alvarez S., et al. *Colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio*. Cir Esp. 2004.
10. Arnau Bertomeu C., García Espinosa R., Guillemot M., Sanahuja Santafé A, et al., *Factores intraoperatorios predictivos del fracaso del régimen ambulatorio tras colecistectomía laparoscópica*. Cir Esp. 2005.
11. Bustos F. *Fast-track o vía rápida en cirugía mayor ambulatoria*. Cir May Ambul. 2000.

12. Bustos F. El Dolor en Cirugía ambulatoria Aspectos Socioeconómicos. Reunión de expertos, 2006.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y  
ASCENSO:**

<b>TÍTULO</b>	<b>CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES CON APENDICECTOMÍA</b>
<b>SUBTÍTULO</b>	

**AUTOR (ES):**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CÓDIGO CULAC / EMAIL</b>
<b>Rita Rivas</b>	<b>CVLAC: v-16854779 E MAIL: rita_rcrt@hotmail.com</b>
	<b>CVLAC: E MAIL:</b>
	<b>CVLAC: E MAIL:</b>
	<b>CVLAC: E MAIL:</b>

**PALABRAS O FRASES CLAVES:**

*Apendicectomía, Cirugía mayor ambulatoria.*

---



---



---



---



---



---



---

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:**

ÁREA	SUBÁREA
Dpto. Cirugía	Cirugía General

**RESUMEN (ABSTRACT):**

*Se llevó a cabo un estudio prospectivo y de corte longitudinal, en 111 pacientes con el diagnóstico de apendicitis aguda, en el Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Dr. Luis Razetti – Barcelona (Junio de 2012 a Junio de 2013), intervenidos por medio de cirugía abierta o laparoscópica. Todos cumplieron con los criterios de inclusión de un programa de Cirugía Mayor Ambulatorio. Se evaluó el nivel del dolor postoperatorio, a través de la escala análoga de Eva (0 a 10 puntos), y la tolerancia oral para decidir el egreso. El alta médica se indicó a las 6 horas y entre las 6 y 12 horas. De los 111 pacientes incluidos en el trabajo 66 fueron mujeres (59,5%). La edad promedio fue de 23,9±9,8 años, con rango de 12 a 58 años. 102 pacientes (91,9%) fueron sometidos a cirugía abierta, el tiempo quirúrgico promedio fue de 40,5±12,4 minutos, con rango de 20 a 90 minutos (P=0,476). El dolor postoperatorio fue < 3 puntos en 71,2 % de los casos, entre 4 y 6 puntos en 28,8%. 70 pacientes se egresaron a las 6 horas y 41 entre las 6 y 12 horas. A través de la curva COR, se pudo demostrar que tanto el tiempo quirúrgico, como el dolor postoperatorio, son buenos predictores para el alta médica. Durante el estudio no se presentó reingreso de pacientes. Se concluyó que la apendicectomía puede ser incluida en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria; realizando una adecuada selección de los pacientes; el tiempo quirúrgico y el dolor postoperatorio son variables a tomar en cuenta, como predictores para el alta médica.*

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:**

**CONTRIBUIDORES:**

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL / CÓDIGO CVLAC / EMAIL				
	ROL	CA	AS.	TU	JU X
Carmelo Romero	CVLAC	v-12575424			
	EMAIL	cmrb77@hotmail.com			
	EMAIL				
	EMAIL				
Julio Moreno	ROL	CA	AS.X	TU	JU
	CVLAC	v-8285251			
	EMAIL	j.c.m.r75@hotmail.com			
	EMAIL				
Alfonso Cáceres	ROL	CA	AS.X	TU	JU
	CVLAC	v-			
	EMAIL	escaceres1@gmail.com			
	EMAIL				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

2.013	11	01
AÑO	MES	DÍA

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

<b>NOMBRE ARCHIVO</b>	<b>TIPO MIME</b>
<b>CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES CON APENDICECTOMÍA.doc</b>	Application /msword

**CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS:** A B C D  
E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n  
o p q r s t u v w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**ALCANCE:**

**ESPACIAL:**

**TEMPORAL:**

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO**  
**Especialista en Cirugía General**

---

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO**  
**POSTGRADO**

---

**ÁREA DE ESTUDIO**  
**DPTO. CIRUGIA**

---

**INSTITUCIÓN**  
**Universidad de Oriente**

---

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:**

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quién lo participará al Consejo Universitario”.

**AUTOR**  
**Dra. Rita Rivas**

**TUTOR**  
**Dr. Carmelo Romero**

**JURADO**  
**Dr. Julio Moreno**

**JURADO**  
**Dr. Alfonso Cáceres**

**POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS**