

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO
I. S. S. S. T. E.

7A
Zej

**APENDICITIS AGUDA Y
COMPLICACIONES**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :

DR. JOSE ROBERTO GARDENAS RODRIGUEZ



ISSSTE

MEXICO D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



18 NOV. 1932

ISSSTE

Subdirección General Médica
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ" de Investigación


I S S S T E

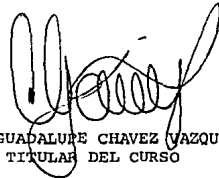


APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES


DR. AMANDO ROSALES DE LEON.
DIRECTOR DEL HOSPITAL


DRA. MARTHA EDENA CORTINA QUEZADA
DIRECTOR DE TESIS


DR. JORGE DEL VILLAR BARRON.
JEFE DE ENSEÑANZA


DRA. GUADALUPE CHAVEZ VAZQUEZ.
TITULAR DEL CURSO

ISSSTE
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
DIRECCION

A MIS PADRES:

ROBERTO CARDENAS CHAVEZ

MANUELA RODRIGUEZ DE CARDENAS

Porque gracias a la confianza y el apoyo
que me brindaron, he podido terminar
en forma satisfactoria la meta
propuesta dentro de mi carrera

A MI ESPOSA E HIJA:

HILDA LORENA FELIX GASTELUM

LESLIE MAGENDIE CARDENAS FELIX

Porque con ella he encontrado el camino
hacia la madurez y la superación.

Porque sin ellas no hubiera sido
posible, lo que hoy es
ya una realidad.

A MIS HERMANOS:

**Teresita de Jesús,
Enrique Federico,
Manuel Esteban,
Miguel Angel,
Luz de María,
Reyna Concepción
y
María Elena**

**Porque junto a ellos aprendí ...
a valorar el significado de la vida.**

AGRADECIMIENTO:

A la DRA. MARTHA ELENA CORTINA QUEZADA,

**Por su espíritu inagotable de enseñanza,
y por ser mi coordinadora de tesis.**

I N D I C E

	PAG
1.- INTRODUCCION	1
2.- ANTECEDENTES HISTORICOS	2
3.- ANATOMIA	5
4.- PATOLOGIA	7
5.- OBJETIVO	11
6.- JUSTIFICACION	12
7.- MATERIAL Y METODOS	13
8.- RESULTADOS	14
9.- DISCUSION	16
10.- CONCLUSIONES	18
11.- HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	
12.- BIBLIOGRAFIA	20

* * * * *

I N T R O D U C C I O N

En el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro", una de las enfermedades diagnosticadas con mayor frecuencia es la Apendicitis Aguda, un gran porcentaje de estos enfermos acuden a nuestro Servicio en etapas tardías por lo que hacen más difícil su manejo medico-quirúrgico, con el consiguiente aumento de la morbilidad y mortalidad.

En la actualidad se siguen viendo un gran número de enfermos complicados por apendicitis aguda a pesar de tener acceso a equipo complicado de diagnóstico .

La apendicitis aguda es una enfermedad de tipo inflamatoria, que dejado a su evolución natural exhibe una gama importante de complicaciones que van desde necrosis del apéndice, absceso, peritonitis y muerte. Es por este motivo que el gran número de enfermos con complicaciones derivadas de la misma, se pueden atender en forma temprana, conociendo la frecuencia y el tipo de complicaciones.

A N T E C E D E N T E S H I S T O R I C O S

Han pasado ya muchos años, desde que el médico y profesor Titz- de la Universidad de Harvard, describiera en 1886, de manera -- clara los aspectos clínicos y fisiopatológicos del proplema - agudo y sugirió, su resección quirúrgica, dándole el nombre de APENDICITIS AGUDA a la enfermedad que el describió.

En 1915, Grossman describe un cuadro abdominal doloroso denomi- nado Apendicitis Aguda y lo diferencia de la Tiflitis. En 1920 Sabrinos da a conocer el cuadro de Apendicitis crónica recurren- te y le da tratamiento conservador.

En 1927, Buchman nos enseña las razones del retraso en el diag- nóstico de apendicitis aguda y recomienda historia clínica ade- cuada y escisión temprana del apendice.

En 1942 Hereide nos habla sobre el examen roentnológico en la - apendicitis aguda y ya, en 1958, Graham describe la frecuencia- de cambios radiográficos en pacientes con apendicitis aguda.

En 1975m Bolton habla acerca del valor que representa el recuen- to de las células blancas (liucocitos), para llegar al diagnós- tico de apendicitis aguda.

En 1977, Masson describe la cirugía del apéndice vermiforme.

Laspe en 1980, sugiere el uso de laparoscopia para disminuir el número de apendicectomías negativas.

En 1981, Deutsch diagnóstica un apéndice inflamado atrves de la

ultrasonografía y pregona su uso como ayuda diagnóstica.

La primera apendicectomía fué llevada a cabo por Amyand, cirujano de los Hospitales West Minter y St. George.

El cirujano sargento Jorge II en 1736 operó a un niño de 11 -- años de edad que presentaba una hernía escrotal derecha acompañada por una fístula, dentro del escroto halló el apéndice perforado, por un alfiler; el apéndice fué ligado y todo o más probablemente, parte de él fué resecaado y la recuperación del enfermo fue satisfactoria.

En 1775 Heister reconoció que el apéndice podría ser el sitio -- de una inflamación aguda al encontrar el apéndice vermiforme necrosado en una autopsia de un criminal ejecutado.

En 1824 Loyer Vilermay presentó a la Real Academia de Medicina en París, su libro, Titulado "OBSERVACIONES CORRIENTES EN LAS -- CONDICIONES INFLAMATORIAS DEL APENDICE CECAL". El primer texto en el cual se dió una descripción detallada de los síntomas que acompañan a la inflamación y perforación del apéndice, fué publicado por Bright y Addison en 1839.

Fuó Fitz, profesor de medicina de Harvard quien en 1886 hizo, -- una descripción lúcida y lógica de los aspectos clínicos y describió con detalle los cambios patológicos de la enfermedad y -- fué el primero en usar el término de "APENDICITIS".

Hancock en 1848 hace por primera vez un drenaje de absceso apen

dicular en una paciente de 30 años y en el octavo mes de embarazo.

El crédito al primer relato publicado de una apendicectomía, -- debe darse a Kronlein en 1886, aunque el paciente murió dos -- días después.

Murphy en Chicago y Mc Burney en New York, fueron los pioneros-- del diagnóstico e intervención temprana, y éste último diseño -- la incisión que lleva su nombre.

Los trabajos de Husson y Dance en 1827, Goldbeck en 1830 y sobre todo Dupuytren en 1835 desarrollaron el concepto de inflamación originándose en el tejido celular que rodea al ciego.

Fué Goldbeck quien desarrolló e inventó el término de perititonitis con lo cual se retardó mucho el progreso de la comprensión de ésta enfermedad.

La intervención temprana fué aún más popularizada por las enseñanzas de Murphy en Chicago antes de que pudiera producirse la perforación.

A N A T O M I A

El apéndice se origina en la superficie posteromedial del ciego aproximadamente a 2.5 cms. por debajo de la válvula ileocecal. Es el único órgano del cuerpo que no tiene una posición anatómica constante. De hecho su único aspecto constante es la forma de origen a partir del ciego, donde se origina en el sitio en el cual se unen las tres tenias del colon, su longitud varía -- considerablemente de 1 a 25 cms. con un promedio de 5 a 10 cms. Las diversas posiciones del apéndice son: paracólica, retrocecal, preileal, promontórica, pélvica, y medioinguinal (subcecal) retroperitoneal y subserosa.

La posición retrocecal es la variedad más común de las posiciones del apéndice, encontrándose hasta en un 65 %.

El apéndice puede situarse en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, en caso de transposición de vísceras. Un apéndice particularmente largo puede extenderse hacia el lado izquierdo del abdomen y si está inflamado puede producir dolor en la fosa iliaca izquierda. En casos de malrotación del intestino, cuando el ciego no desciende a su posición normal, el apéndice puede hallarse en el epigastrio, colindante con el estómago o debajo del lóbulo derecho del hígado.

La duplicación del apéndice es una anomalía extremadamente rara

y se han informado menos de 100 casos.

La duplicación del apéndice se ha clasificado en tres tipos:

- A.- Que consiste en una duplicación parcial del apéndice en un ciego simple.
- B.- Hay un sólo ciego con dos apéndices totalmente separados.
- C.- Hay un doble ciego, cada uno con un apéndice.

Embriológicamente, el apéndice forma parte del ciego, del cual constituye el extremo distal, el cual se asemeja mucho histológicamente, con la excepción de que contiene un exceso de tejido linfático en la capa submucosa. El mesenterio del apéndice es contiguo a la hoja inferior del mesenterio del intestino delgado y pasa por detrás del ileon terminal.

La arteria apendicular corre en el borde libre del mesenterio del apéndice y es una rama de la arteria ileocolica. Esto representa toda la irrigación arterial del órgano y la trombosis de ésta arteria es causa de apendicitis aguda, da como resultado inevitable gangrena y posteriormente perforación.

Las venas del apéndice drenan en la vena ileocolica, que a su vez drena en la vena mesentérica superior. En un número variable de casos los vasos linfáticos delgados atraviesan el mesoapéndice para drenar en los gánglios ileocecales.

P A T O L O G I A

La apendicitis aguda no se asocia con ningún invasor bacteriano, viral o protozoario específico. La bacteriología del órgano in inflamado es la de la forma intestinal normal, sugiriendo una - invasión secundaria del tejido lesionado a partir de la luz del intestino.

En estudios recientes detallado de la bacteriología de 50 apéndices inflamados, se aislaron aerobios y anaerobios en todos - los casos. Se hallaron bacterias anaerobias con más frecuencia que aerobias. La *Escherichia Coli* fué la bacteria aerobia más-común, se hallaron otros bacilos aerobios gramnegativos, incluyendo, a *Kleibsiella*, *proteus* y *pseudomonas*. Se hallaron enterococos (*streptococos faecalis*, *streptococos faecium*, *streptococos mitior*, *milleri* y *salivarius*). De las capas anaerobias pre dominó el *bacteroides fragilis*.

El examen de una serie de muestras frescas de apéndices con inflamación aguda de muestra que se dividen en dos grupos. El - primero muestra una inflamación catarral de todo el órgano, -- mientras que el segundo grupo se observa una obstrucción del - apéndice más alla de la cual hay inflamación aguda, distensión-con pus y en casos más avanzados progresión a gangrena y eventualmente perforación.

La apendicitis catarral inicialmente es una inflamación mucosa y submucosa. En casos tempranos, el apéndice puede parecer bastante normal externamente o puede mostrar sólo hiperemia, sin embargo, al seccionarlo la mucosa puede verse engrosada, edematosa y enrojecida; más tarde aparece salpicado con infartos hemorrágicos marrón oscuro, segmentos de gangrena gris, verde o pequeñas úlceras. Eventualmente, todo el apéndice deviene tumefacto y turgente y la serosa aparece rugosa, pierde su lustre saludable y se recubre con un exudado fibrinoso. La probable etiología de esta condición es una invasión bacteriana del tejido linfático en la pared apendicular y de hecho probablemente algunos casos sean manifestaciones localizadas de una enteritis generalizada.

Dado que la luz del apéndice no está obstruida, estos casos rara vez progresan a una gangrena y en muchos casos el episodio inflamatorio agudo puede remitir en forma espontánea, sin embargo en otros casos, la tumefacción del tejido linfático en el apéndice puede llegar a la obstrucción de la luz y la condición puede progresar a una apendicitis obstructiva y gangrena.

La apendicitis aguda obstructiva es el tipo más peligroso ya que el apéndice se convierte en un asa cerrada de intestino que contiene materia fecal en descomposición. Los cambios luego de la súbita obstrucción del apéndice dependen de la cantidad y ca

racter del contenido distal a la obstrucción.

Si la luz está vacía, el apéndice se distiende con moco para formar un mucocele. Cuando el apéndice se obstruye, la progresión de sucesos es acumulación de secreciones mucosa normal, proliferación de bacterias contenidas, atrofia por presión de la mucosa, lo cual permite que las bacterias accedan a planos hísticos más profundos, inflamación de las paredes del apéndice con trombosis lo cual, dado que la irrigación es un sistema arterial terminal lleva inevitablemente a la gangrena y luego a la perforación de la pared apendicular necrótica.

En otros casos, la invasión bacteriana ocurre por erosión por presión de un fecalito contenido, puede caer en la cavidad peritoneal a travez de la perforación.

La obstrucción puede deberse a un gran número de causas posibles: La tumefacción inflamatoria del tejido linfático en la pared apendicular puede, como se ha dicho obstruir la luz.

Torsiones y adherencias pueden ser resultado de bridas congénitas o de episodios previos de inflamación. Por lo general se halla un fecalito a más en la luz apendicular en el en el órgano normal; es un hallazgo frecuente en aproximadamente dos tercios de todos los apéndices gangrenosos, la presencia de un fecalito firmemente impactado en la unión entre la parte proximal inflamada y la parte distal gangrenosa del apéndice.

Se han hallado otros cuerpos extraños, como restos de alimentos, parásitos o incluso un cálculo viliar obstruyendo la luz apendicular.

Quizá la causa más rara de de apendicitis obstructiva sea la estrangulación del apéndice dentro de un saco herniario.

El apéndice puede perforarse en cualquier sitio, pero más frecuentemente la perforación ocurre a lo largo del borde antimesentérico. Luego de la perforación, puede formarse un absceso localizado en la fosa iliaca derecha o en la pélvis y puede producirse una peritonitis difusa. Que la peritonitis difusa o localizada depende de muchos factores, incluyendo la edad del paciente, la virulencia de las bacterias invasoras, la velocidad con lo cual ha progresado la patología dentro del apéndice y la posición del apéndice.

Habitualmente se dice que la localización más pobre de la infección ocurre en lactantes debido al hecho de que el epiplón de un niño es delgado y menos capaz de formar una vaina protectora alrededor del apéndice inflamado. Una explicación más verosímil es que , es más probable que se demore el diagnóstico en lactantes. Algo similar ocurre en ancianos; es más probable que un apéndice agudamente inflamado, situado en posición retrocecal o pelviana forme un absceso localizado que uno en posición preileal o subcecal.

O B J E T I V O

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y tipo de complicaciones de la apendicitis aguda, correlacionar el cuadro clínico y tiempo de evolución con el tipo de complicación.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar en forma temprana el padecimiento y controlar o disminuir las complicaciones con un tratamiento oportuno y adecuado.

J U S T I F I C A C I O N

Si conocemos la frecuencia de la apendicitis aguda y de sus complicaciones, de acuerdo con la evolución del cuadro clínico, podemos hacer un diagnóstico temprano, dar un tratamiento oportuno y adecuado, consiguiendo con lo antes mencionado, una disminución de la morbilidad y mortalidad y, por lo tanto, una disminución de días intrahospitalarios y reducción del uso de medicamentos (antibióticos, analgésicos, etc...)

M A T E R I A L Y M E T O D O S

En el Servicio de Cirugía, del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE, se efectuó el estudio de APENDICITIS-AGUDA Y COMPLICACIONES de Agosto de 1991 a Agosto de 1992, de tipo prospectivo y longitudinal, en donde se incluyeron a todos los enfermos con diagnóstico postoperatorio de "APENDICITIS AGUDA" que ingresaron al hospital por el Servicio de Urgencias, teniendo un total de 82 enfermos.

El rango de edad de los enfermos fué de 5 años a 74 años, la edad media fue de 32.08 años.

De los 82 enfermos estudiados, 39 fueron mujeres y correspondió al 47.6 %; 43 enfermos fueron varones, correspondiendo a un 52.4 %.

Las variables que se estudiaron, fueron, edad, sexo, tiempo de evolución, apéndice hiperémica, necrosis de apéndice, apéndice perforado, absceso apendicular, peritonitis, piletilebitis, oclusión intestinal, sepsis, muerte, leucocitos y tiempo de evolución del cuadro.

Todas las piezas quirúrgicas fueron enviadas al Servicio de Patología.

En éste estudio no hubo criterio de eliminación, ni de exclusión, ya que todos los enfermos que se recogieron para la muestra, tenían diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda.

RESULTADOS

En el período de 1992 en que se realizó el estudio, con un total de 82 enfermos con diagnóstico postoperatorio e histopatológico de "APENDICITIS AGUDA", correspondió al mes de junio el mayor número de enfermos postoperados de apendicitis aguda con un total de 21, que correspondió al 25.6 %.

Cuarenta y cuatro enfermos presentaron apendicitis hiperémica, - lo que equivale al 53.6 %; 23 fueron mujeres que correspondio al 28.0 %, 21 fueron varones (25.6 %).

Con absceso de pared hubo 12 enfermos lo que representa el 14.6% 7 fueron mujeres (8.5 %), y 5 varones (6.0).

Con absceso apendicular hubo 18 enfermos, lo que representó el - 21.9 %; i enfermos fueron mujeres (9.7 %), y 10 enfermos eran varones (12.9 %).

Con necrosis el apéndice hubo solamente 2 enfermos lo que significó el 2.4 %; los dos pacientes fueron varones (2.4 %).

Con peritonitis generalizada hubo 4 enfermos, que representó el - 4.8 %; los 4 enfermos fueron varones (4.8 %).

Con oclusión Intestinal sólo hubo un enfermo, lo que significó - el 1.2 % del total.

En éste estudio sólo tuvimos un fallecimiento, en un enfermo de 74 años de edad, masculino y que había acudido al hospital des--

pues de e días de haber iniciado los sítomas, lo que representó el 1.2 %.

La morbilidad se encontró en un 98.7, mientras que la mortalidad fue de sólo el 1.2 %.

D I S C U S I O N

En éste estudio que se realizó en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro", durante el año de 1992, con 82 enfermos como muestra total, hemos encontrado que el margen de complicaciones por apendicitis aguda es aún muy amplio, ya que de los 82 enfermos estudiados, todos ellos presentaron algún tipo de complicación, de acuerdo a las variables estudiadas

En éste estudio el grupo de varones fué el que se vió mayormente afectado, endontrándo 43 casos lo que significó el 52.4 %, mientras que el grupo de mujeres, con 39 casos representó el 47.5 % del total de los casos.

La complicación que más se hizo notar en éste grupo de enfermos fué la apendicitis hiperhémica con 44 casos (53.6 %), seguida después del absceso de pared con 18 casos (21.9 %) y en tercer lugar tenemos el absceso de pared con 12 casos (14.6 %).

El tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el momento de la cirugía varió desde 12 a 72 horas y como tiempo medio de evolución fueron 30 horas. Es evidente que el mayor número de complicaciones se asoció a mayor tiempo de evolución del padecimiento.

La leucocitosis tuvo una relación muy directa y estrecha con las complicaciones, lo que significó que a mayor elevación de los leucocitos, mayor fue el índice de complicaciones, además que

sirvió como factor pronóstico para determinar si había o no -- complicación.

En el caso de los pacientes con peritonitis, todos menos uno, - tenían una leucocitosis de 17000 o más.

Cuando la leucocitosis se asoció a otros factores como, mayor - tiempo de evolución, mayor edad, la ceteza diagnóstica, y de -- complicación fué mayor.

La mayoría de los pacientes fueron dados de alta alrededor del octavo día del postoperatorio, sólo un paciente tuvo que ser re intervenido por presentar un cuadro de oclusión intestinal al - 4o. día del postoperatorio, secundario a adherencias, evolucionando adecuadamente después de la segunda reintervención y fúe-- dado de alta al 16vo. día de su internamiento.

El resto de las complicaciones presentadas fueron manejadas en forma conservadora, lo que no ocasionó mayor estancia intrahospitalaria, en el caso de los pacientes con absceso de pared, -- fueron manejados con curaciones inicialmente intrahospitalaria-- y posteriormente en la consulta externa cerrándose la herida, -- al rededor del 12vo. día postoperatorio.

Es evidente pues que la morbilidad por apendicitis aguda fué - amplia del 98.7 %, mientras que la mortalidad fué del 1.2 % y - que va de acuerdo a la reportada en la literatura mundial.

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES :

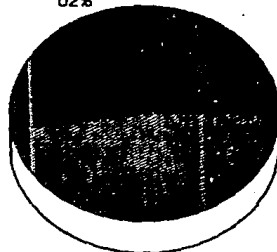
C O M P L I C A C I O N E S

DIAGNOSTICO	MASC	FEM	TOTAL	%
1.- APENDICITIS HIPERÉMICA	21	23	44	53.6
2.- NECROSIS DE APENDICE	2		2	2.4
3.- ABSCESO APENDICULAR	10	8	18	21.9
4.- APENDICE PERFORADO	-	-	-	-
5.- PERITONITIS	4		4	4.8
6.- PILEFLEBITIS	-	-	-	-
7.- ABSCESO DE PARED	5	7	12	14.6
8.- OCLUSION INTESTINAL		1	1	1.2
9.- SEPSIS	-	-	-	-
10.- MUERTE	1		1	1.2
T O T A L	43	39	82	100

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ"
 MECQ*JRCR.
 NOV. 1992

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES

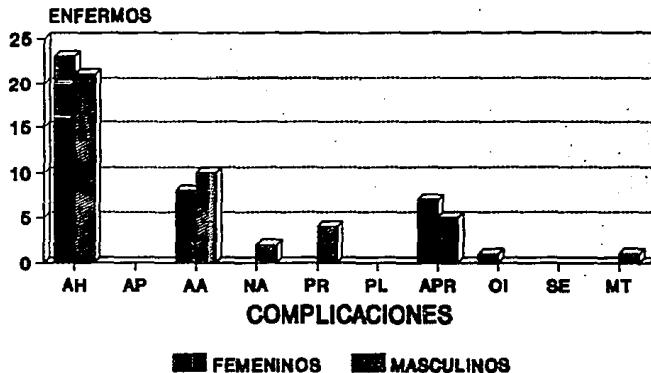
MASCULINOS
62%



FEMENINOS
48%

H. Q. DR. DARIO FERNANDEZ
NOV. 82
MECQJRGR

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES



H. G. DR. DARIO FERNANDEZ
NOV. 1982
MECQ'JRCL

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES

- AH ▪ APENDICITIS HIPEREMICA
- AP ▪ APENDICITIS PERFORADA
- AA ▪ ABSCESO APENDICULAR
- NA ▪ NECROSIS DE APENDICE
- PR ▪ PERITONITIS
- PL ▪ PILEFLEBITIS
- APR ▪ ABSCESO DE PARED
- OI ▪ OCLUSION INTESTINAL
- SE ▪ SEPSIS
- MT ▪ MUERTE

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES

DISTRIBUCION POR SEXO

M A S C U L I N O

DIAGNOSTICO	CASOS	%
APENDICE HIPEREMICA	21	25.6
NECROSIS DE APENDICE	2	2.4
ABSCESO APENDICULAR	10	12.9
APENDICE PERFORADA	-	-
PERITONITIS	4	4.8
PILEFLEBITIS	-	-
ABSCESO DE PARED	5	6.0
OCLUSION INTestinal	-	-
SEPSIS	-	-
MUERTE	1	1.2
T O T A L	43	52.4

H.G. "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
 MECQ*JRCR.
 NOV. 1992.

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES

DISTRIBUCION POR SEXO

F E M E N I N O

COMPLICACION	CASOS	%
APENDICE HIPEREMICA	23	28.0
NECROSIS DE APENDICE	-	-
ABSCESO APENDICULAR	8	9.7
APENDICE PERFORADA	-	-
PERITONITIS	-	-
PILEFLEBITIS	-	-
ABSCESO DE PARED	7	8.5
OCCLUSION INTESTINAL	1	1.2
SEPSIS	-	-
MUERTE	-	-
T O T A L	39	47.5

H.G. "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

MECQ*JRCR.

NOV. 1992

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXOS

MAYO DE 1955

EDAD	SEXO	APENDICITIS	PERITONITIS	NECROSIS DE PERITONITIS	PERITONITIS	PERITONITIS	PERITONITIS	PERITONITIS	PERITONITIS	PERITONITIS	PERITONITIS
8 - 9		-	-	1	-	1	-	-	-	-	-
10 - 14		-	-	-	-	2	-	1	-	-	2
15 - 19		-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
20 - 24		-	-	4	-	-	-	2	-	-	4
25 - 29		-	-	1	1	1	-	1	-	-	4
30 - 34		1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
35 - 39		-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
40 - 44		-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
45 - 49		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 - 54		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 - 59		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60 - 64		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65 - 69		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 - 74		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75 - 79		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80 - 84		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85 - 89		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90 - 94		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		21	8	16	2	4	8	5	8	8	43

M. G. DE. CARIC FERNANDEZ F.
M.D.
M.D.

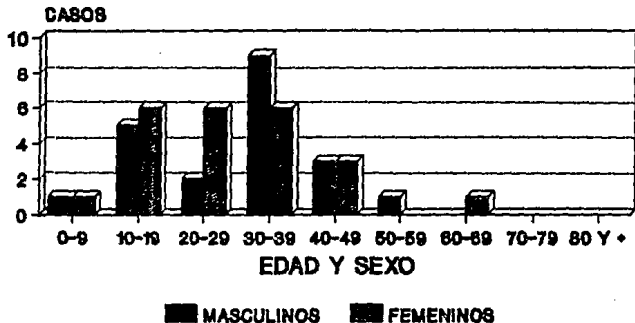
APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXOS

FEMENINO

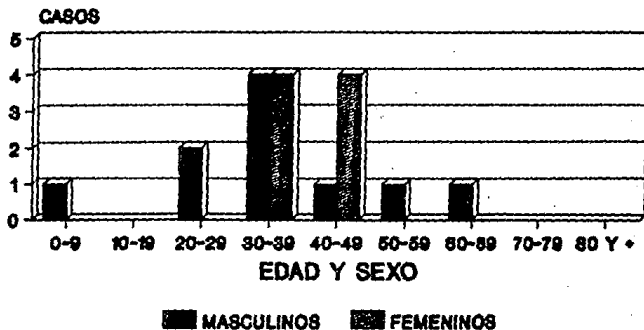
EDADES	APENDICITIS CLINICA	APENDICITIS ESTERILIZADA	ABSCESO PERIDIVERTICULAR	NECROSIS Y PERFORACION	FLEBITOMIASIS	COLELITIASIS	PERFORACION DE BUENOS	OBSTRUCCION INTESTINAL	SEPSIS	MUERTE	TOTAL
8 - 9	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
10 - 15	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3
16 - 20	6	-	-	-	-	-	3	-	-	-	9
21 - 25	5	-	4	-	-	-	-	-	-	-	10
26 - 30	5	-	4	-	-	-	1	-	-	-	10
31 - 35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
36 - 40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
41 - 45	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
46 - 50	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
51 - 55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TOTAL	22	1	8	2	2	0	7	1	0	0	40

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES * APENDICITIS HIPEREMICA *



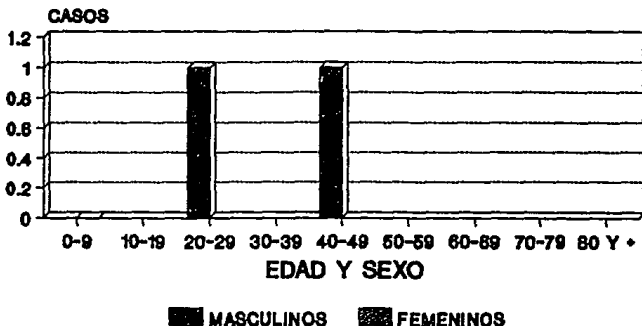
H. G. DR. DARIO FERNANDEZ F.
NOV. 92
MECQ/JRCR

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES * ABSCESO APENDICULAR *



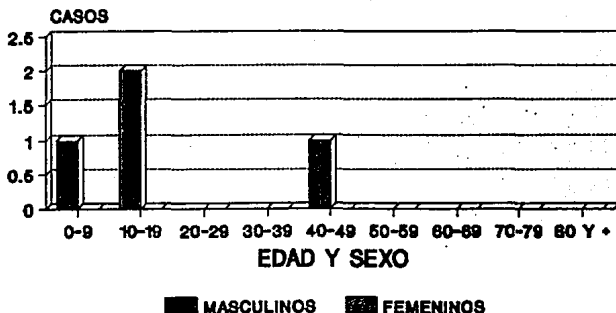
H. G. DR. DARIO FERNANDEZ F.
NOV. 92
MECQ'JRGR

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES * NECROSIS DE APENDICE *



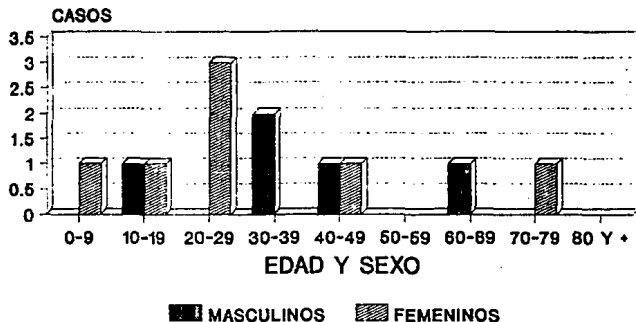
H. G. DR. DARIO FERNANDEZ F.
NOY. 92
MECQ'JRGR

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES * PERITONITIS *



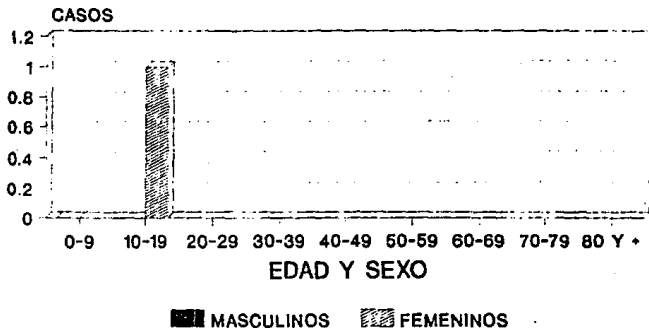
H. G. DR. DARIO FERNANDEZ F.
NOV. 92
MECQ'JRCR

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES * ABSCESO DE PARED *



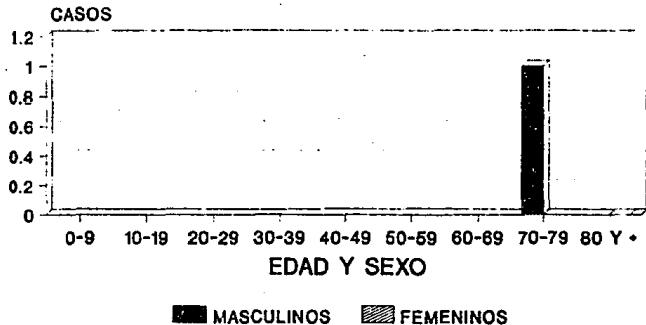
H. G. DR. DARIO FERNANDEZ F.
NOV. 92
MECQ'JRCR

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES * OCLUSION INTESITINAL *



H. G. DR. DARIO FERNANDEZ F.
NOV. 92
MECQ'JRGR

APENDICITIS AGUDA Y COMPLICACIONES * MUERTE *



H. G. DR. DARIO FERNANDEZ F.
NOY. 92
MECQ'JRCH

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La apendicitis aguda sigue siendo en la actualidad, una enfermedad con elevado porcentaje de complicaciones.
- 2.- La apendicitis aguda dejada a su evolución natural, es capaz de causar la muerte del enfermo.
- 3.- La apendicitis aguda afecta a personas de todas las edades, pero principalmente a jóvenes, donde se observó el mayor número de complicaciones.
- 4.- La frecuencia de complicaciones por apendicitis aguda en el hospital "Dr. Darío Fernández Fierro", afectó mayormente al sexo masculino con un porcentaje de 52.4 %.
- 5.- La complicación que causó mayor estancia hospitalaria en este estudio, fue la oclusión intestinal, quedando como segundo lugar el absceso de pared.
- 6.- Quedó demostrado en este estudio que la mortalidad por apendicitis aguda complicada es similar a los estudios que reporta la literatura.
- 7.- La edad que se vió mayormente afectada en este grupo de enfermos fue de los 30 - 39 años.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

8.- Al sexo que afecto más la apendicitis aguda complicada --
fue al paciente masculino, en este grupo de pacientes.

DECLARACIONES DE RENDIMIENTO Y CANCELACIONES

EDAD	SEXO	TIPO DE EMPLEO	LUGAR DE TRABAJO	VALOR ANUAL	DESCUENTO SOCIAL	VALOR ANUAL	DESCUENTO SOCIAL	VALOR ANUAL	DESCUENTO SOCIAL	VALOR ANUAL	DESCUENTO SOCIAL	VALOR ANUAL	DESCUENTO SOCIAL	VALOR ANUAL	DESCUENTO SOCIAL
23	A	FE	4	5 Hs											
23	A	FE	4	14 Hs	16400										
17	A	FE	4	24 Hs	6600										
22	A	FE	4	30 Hs	17400	X				X					
29	A	FE	4	8 Hs	6000									X	
48	A	MAX		12 Hs	21000	X				X					
63	A	MAX			9900	X				X					
28	A	FE	4	8 Hs	13200										
41	A	FE	4	30 Hs	11900		X		X						
17	A	FE	4	19 Hs	16900	X								X	
39	A	FE	4	14 Hs	12500										
24	A	FE	4	24 Hs	19200	X		X						X	
18	A	FE	4	24 Hs	9600									X	
16	A	FE	4	24 Hs	14300									X	
32	A	FE	4	24 Hs	9100	X		X						X	
15	A	FE	4		11000										
34	A	FE	4		12400										
17	A	FE	4		14100	X				X				X	
40	A	FE	4		16900	X		X						X	
36	A	FE	4	20 Hs	14700										
30	A	FE	4		16300	X		X							
32	A	MAX			21500					X					
23	A	FE	4	6 Hs	12000										
41	A	MAX		8 Hs	15200										
14	A	MAX		16 Hs	14200										
65	A	MAX			22500	X		X							
37	A	MAX			18600										
35	A	MAX			14200	X		X							
36	A	MAX													
32	A	FE	4		23500										
37	A	MAX		8 Hs	14600										
34	A	MAX		30 Hs	12200	X		X							
17	A	MAX		35 Hs	13000	X				X					
33	A	MAX		11 Hs	12700	X		X							
49	A	MAX			18000					X					
42	A	FE	4	20 Hs	20900	X		X							
32	A	MAX		4 Hs	7200										
34	A	MAX		24 Hs	11100	X			X	X				X	X
35	A	FE	4		21800										
26	A	FE	4	20 Hs	11600										
11	A	FE	4		21900	X		X							

B I B L I O G R A F I A

The diagnostic challenge of postoperative acute appendicitis, Barr D. Heerden J.A. Mucha P. Jr. World Journal Surgery 1991 - Jul-aug' 15 (4), P- 526-528.

Acute appendicitis in pregnancy, Barros F. de C. J.R. Riveiro Filho J. Do. A, World Journal Surgery 1991 jan- Feb p-101-113.

Causes of suppurative complications after appendectomy, Deviativ Petrov. S.V. Khirurgiia Mosk' 1991 Mar (3) p-103-106.

Perforated appendicitis with generalizad peritonitis. prospective randomized ecaluation of closed postoperative peritoneal lavage, World Journal Surgery 1991 apr' 157; 157; p-277-279, Buanes, Anderson Nygard K.

Appendicitis in the aged, Bucholz. J. Mayer M., Kruze F. World Journal Surgery 1991, p- 253-260.

Appendicitis acute in aged patients, Aderssen, Jacobsen Trevisan American Journal surgery, 1991, mar. pag. 195-201.

Acute appendicitis . A 5 -yers review, trevisani, Morgan -- Beck, American Journal Surgery, may p- 301-305.

Appendicitis. Improvements in diagnosis and tratment, american surgery may 1991, p- 282-285.

A randomized clinical tral of ampicilin, gentamicin and clindamycin versus cefotaxime and clindamycin in children with ruptured appendicitis. Schropp, Kapplan S., Golladay S., -- King, Pokorny W. surgery Gynecology Obstetrics 1991, may p-- 351-356.

Early adhesive ileus after appendicectoy, Maxwell J.M. Regland Croce World journal Surgery 1991 mar p-195-201.

Appendicitis. Improvements in diagnosis and treatment, American Surgery 1 Maxwell J.M. Raglend p- 198-205.

Acute appendicitis in patients under 5 and over 60 years of age, Amboldi, Veroni, Kaplan, American surgery p- 481-486.

Antimicrobial prophylaxis in elective colorectal surgery and appendicitis Rolan M., World Surgery Journal p- 36-44.

Appendicitis in children current therapeutics recommendations, Neilson Laberge, Nguyen, Moir, Doody, Sonnino, Youssef S. J. Pediatrics Surgery 1990, nov. pag. 1113-1116.

Skin closure during appendicectomy; a controlled clinical trial of subcuticular and interrupted transdermal suture techniques. J.R. Coll. Surgery 1990. desc. p- 353-355.