

85

11209

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

ISSSTE

TESIS

PARA LA OBTENCION DEL POSTGRADO EN

CIRUGIA GENERAL:

“INCIDENCIA Y RESULTADOS DE APENDICECTOMIA EN EL HOSPITAL 1° DE OCTUBRE DEL ISSSTE DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1999”.

AUTOR

DR GERARDO MIRANDA DELGADILLO.

ASESOR

DR SAMUEL SHUCHLEIB CHABA.

297444

MEXICO, DISTRITO FEDERAL, OCTUBRE DEL 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

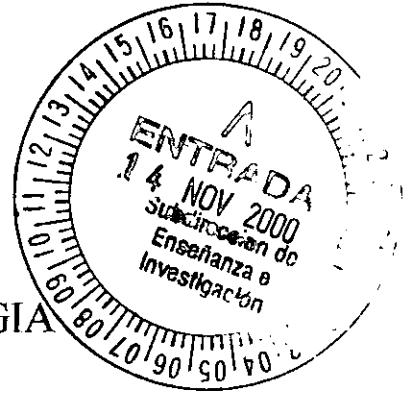
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

[Handwritten signature]

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA

DR ALEJANDRO TORT MARTINEZ



ASESOR DE TESIS

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE CIRUGIA

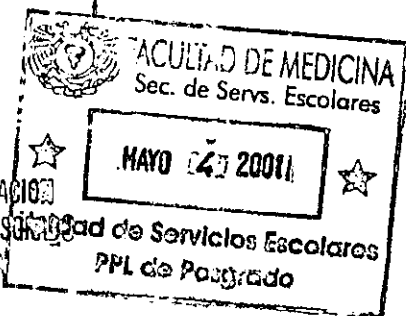
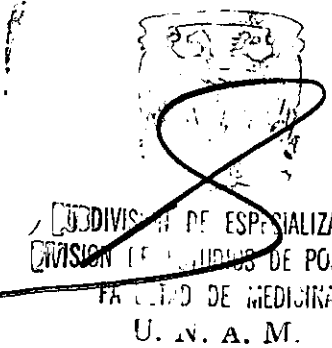
DR SAMUEL SHUCHLEIB CHABA

[Handwritten signature]

JEFE DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature]

DR HORACIO GABRIEL OLVERA HERNANDEZ



I.S.S.S.T.F. SUBDIRECCION ME DIC

9 1 NOV 2000

HOSP. REG. 10. DE OCT COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES POR SU APOYO INCONDICIONAL

A MI ESPOSA POR SU CARIÑO Y COMPRENSION

A MIS MAESTROS POR SU LABOR DESINTERESADA EN
FORJARME COMO CIRUJANO

INDICE

RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
OBJETIVO	3
JUSTIFICACION	3
RESULTADOS	4
CONCLUSIONES	7
TABLAS Y GRAFICAS	11
BIBLIOGRAFIA	23

ABSTRACT:

It has been nearly 110 years since Reginald Hebert Fitz was able to consolidate a fragmented surgical philosophy regarding the pathophysiology and treatment of appendicitis with his now famous paper, yet appendicitis continues to be a paradox. Although considered one of the most elemental of general surgical disease processes, its presentation regularly confounds the diagnostic acumen of even the most experienced surgeons. Patients with suspected appendicitis are mainly managed on the basis of their disease history and the physical examination; the value of laboratory examinations is controversial. The clinical diagnosis is difficult, and management errors are frequent, with rates of negative explorations reaching 20 to 40%. In this study we evaluate the patients operated by appendicitis during a year, their complications and evolution, and we found similar rates of morbidity and mortality than other authors.

RESUMEN:

Desde hace 110 años desde que Reginald Hebert Fitz fue capaz de consolidar una fragmentada filosofía quirúrgica en busca de la patofisiología y tratamiento de la apendicitis, con su actualmente famoso artículo, aun continua siendo la apendicitis una paradoja. Aunque considerada como uno de las más elementales enfermedades quirúrgicas, su presentación regularmente confunde al más experimentado de los cirujanos. Los pacientes con sospecha de apendicitis, son principalmente manejados sobre la base de la historia de su enfermedad y el examen físico, el valor de los resultados de laboratorio es controversial. El diagnóstico clínico es difícil, y los errores de manejo son frecuentes, con un promedio de laparotomías negativas que alcanzan del 20 al 40%. En este estudio, se evaluaron los pacientes operados por apendicectomía durante 1 año, sus complicaciones y evolución, y se encontraron promedios de morbilidad y mortalidad similares a otros estudios.

ANTECEDENTES:

La primera apendicectomía fue realizada en 1736 por Claudius Amyand, cirujano de los Hospitales de Westminster y St George y sargento cirujano de Jorge II, en un niño de 11 años. El apéndice fue ligado y extirpado y el paciente se recuperó. En 1824, Loyer-Villerman hizo una presentación en La real Academia de Medicina de París titulada, “Observaciones útiles en los cuadros inflamatorios del apéndice cecal”, en los cuales describía dos ejemplos de apendicitis aguda que condujeran a la muerte. Goldbeck en 1830 introdujo el término peritiflitis, que contribuyó al retraso del conocimiento de la enfermedad. El primer libro de texto que proporcionó una descripción de los síntomas que acompañan a la inflamación y perforación del apéndice fue publicada por Bright y Addison en 1839 (1). Reginald Hebert Fitz, profesor de medicina en Harvard describe magistralmente las características clínicas y las alteraciones anatomopatológicas de la enfermedad, también fue el primero en usar el término “apendicitis” (2). El crédito de la primera publicación de una apendicectomía fue de Kronlein en 1886, posteriormente 3 años más tarde, Mc Burney en New York, lideró el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica temprana y creó la incisión de disección muscular que lleva su nombre (1).

En junio de 1886, Reginald Hebert Fitz, profesor de anatomía de la Universidad de Harvard, expone su trabajo “Inflamación y perforación del apéndice vermiforme, con especial referencia a su diagnóstico y tratamiento temprano”. Con este reporte de 257 casos, se inicia un nuevo concepto en la apendicitis y se inicia un cambio revolucionario en la medicina y la cirugía (2). Más de 100 años después de la magistral descripción del Dr Reginald H Fitz, la apendicitis continua siendo una paradoja; aunque es considerada uno de los más elementales procesos infecciosos quirúrgicos, su presentación regularmente confunde el diagnóstico preciso aun de los más experimentados cirujanos (17).

OBJETIVO:

Conocer la frecuencia de la enfermedad en el Hospital primero de Octubre del ISSSTE durante el periodo comprendido de 1 año.

Evaluar las principales alteraciones encontradas durante el procedimiento quirúrgico, sus estadios, técnica de manejo, tiempo de evolución, además con especial énfasis en sus complicaciones y manejo de las mismas, así como las características de los pacientes que se complican y la mortalidad.

JUSTIFICACION:

La apendicectomía es el procedimiento quirúrgico de urgencia más comúnmente realizado en la cirugía actual (3), y en nuestros hospitales de concentración; esta, afecta principalmente grupos jóvenes, lo que se traduce en importante merma en la productividad, debido a que reduce la fuerza de trabajo en virtud de afectar a un segmento de la población económicamente activa (4). En Estados Unidos, anualmente se realizan 250,000 apendicectomías, con una mortalidad de aproximadamente 1 % resultado de sus complicaciones (5), uno de cada 15 individuos desarrollara apendicitis durante su vida (6), o hasta un 7 % de riesgo (7). Es la razón más común de operaciones abdominales en los niños (8). En series de los departamentos de urgencias y quirúrgicos, el 25% de los pacientes menores de 60 años, evaluados por dolor abdominal presentan apendicitis aguda, mientras que la incidencia en los mayores es del 4% (9, 10). La incidencia de perforación varia entre el 17 y el 40%, elevándose de manera importante con la edad mayor de 60 años hasta el 60 y 70 % (11, 12). Los rangos de laparotomía exploradora negativas varía desde el 15 al 35 % en algunas series (11, 12, 13).

Debido a lo anterior, es importante conocer la incidencia de esta patología quirúrgica en nuestro hospital.

RESULTADOS:

Se realizaron un total de 1154 cirugías de urgencia en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, durante el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 1999, todas las cuales se desarrollan en los diferentes turnos del hospital

Del total de las cirugías, se diagnosticaron 422 pacientes con datos de apendicitis aguda (el 36.5 % del total de las cirugías), y el resto se sometió a procedimiento quirúrgico por diversos diagnósticos, desde pacientes con abdomen agudo, hasta procesos infecciosos para ser sometidos a lavado quirúrgico con debridación de la zona lesionada, además de los pacientes con trauma cerrado o abierto (tabla 1).

De las 422 cirugías por apendicitis aguda, es de resaltar que en 361 pacientes el diagnóstico se encontraba correcto siendo esto el 85 % de todos los pacientes, se encontraron 26 apendicectomías blancas, esto es el 7.2 % de los diagnósticos establecidos, otros diagnósticos fueron quiste de ovario derecho con 16 pacientes, el 4.9 %; piohidrosalpix en 5 pacientes, , otros diagnósticos en 19 pacientes el 5.4 % de los diagnósticos finales, cabe destacar entre estos diagnósticos se encontraron pacientes con endometriosis (1 paciente), enfermedad pélvica inflamatoria (2 pacientes), hernia inguinal indirecta encarcelada (1 paciente), hernia interna (1 paciente), ileitis (1 paciente), adherencias intestinales (1 paciente), oclusión intestinal (1 paciente), tumor ovárico (1 paciente), quiste torcido de ovario (2 pacientes), tumor apendicular (1 paciente), enfermedad diverticular complicada (1 paciente), perforaciones intestinales (1paciente) (tabla 2).

En relación con el sexo predominante fue el sexo femenino con 233 pacientes (el 55.3%) sometidos a procedimiento por apendicitis aguda, y el masculino 189 pacientes, (el 44.7%), de los cuales hasta la edad de 10 años 28 fueron femeninos y 33 masculinos, de 11 a 20 años, 60 femeninos y 61 masculinos, de 21 a 30 años, 48 femeninos y 36 masculinos; de 31 a 40 años, 48 femeninos y 24,masculinos; de 41 a 50 años, 30 femeninos y 11 masculinos; de 51 a 60 años 9 femeninos y 13 masculinos; de 61 a 70 años 3 femeninos y 3 masculinos, de 71 a 80 años, 5 femeninos y 4 masculinos, de 88 años un femenino (tabla 3).

En ambos sexos por grupos de edades de 1 a 10 años fueron 61 pacientes (el 14.6 %), de 11 a 20 años, 122 pacientes (el 28.9 %); de 21 a 30, 85 pacientes (el 20.2%); de 31 a 40, 73 pacientes (el 17.3 %); de 41 a 50, 42 pacientes (el 9.9 %); de 51 a 60, 22 pacientes (el 5.2 %); de 61 a 70, 7 pacientes (el 1.6 %); de 71 a 80, 9 pacientes (el 2.1 %); de más de 80, 1 paciente 8(el 0.2%) (tabla 4).

El tipo de incisiones practicadas en los pacientes durante el procedimiento quirúrgico fue en 214 pacientes incisión tipo Mc Burney (el 59.3 %); 71 incisiones por línea media (el 19.6 %), también 71 incisiones tipo Rocky-Davis (el 19.6 %), 2 incisiones tipo Battle (el 0.6 %), 2 paramedias (el 0.6 %) y 1 mediante cirugía laparoscópica (el 0.3 %) (tabla 5).

Los hallazgos de la cirugía con relación al proceso inflamatorio e infeccioso fueron, 182 apendices abscedadas (el 50.4 %); en 145 se encontró líquido de reacción peritoneal (el 40.1 %), en 123 pacientes se encontraron natas fibrinopurulentas (el 26.8 %), en 94 pacientes se encontró en alguna porción apendicular necrosis de la pared (el 26 %), en 84 se detecto colección purulenta localizada a nivel de la zona apendicular (el 23.4 %); 82 pacientes presentaban el apéndice con hiperemia y edematosa (22.7 %), en 49 se presento con perforación de algún tercio apendicular (13.5 %), 46 pacientes presentaban un plastrón inflamatorio que incluía el apéndice (12.7 %); en 15 pacientes se encontró absceso pélvico (4.1 %)y en 5 pacientes se detectó absceso interasa (1.3 %) (tabla 6)

De acuerdo al tipo de cierre de muñón apendicular, se realizaron 158 procedimientos tipo Halsted (43.7 %), en 186 cierre tipo Pouchet (51.5 %), tipo Zuckerman, en 26 pacientes (7.2), en 4 pacientes tipo Parker-kerr (1.1 %), en 2 pacientes cierre de tipo Mayo (0.6%), además de realizarse una hemicolectomía derecha con ileostomía, unja cecostomia y una hemicolectomía derecha con anastomosis termino terminal (0.3% cada una) (tabla 7).

El diagnóstico inicial de los pacientes fue clínico, y se apoyo en los estudios paraclínicos disponibles, dentro de los cuales destacaron los exámenes de laboratorio, principalmente la cuenta leucocitaria y el análisis de las radiografías de abdomen que presentaban los pacientes al ingreso al servicio de cirugía.

Los análisis de laboratorio mostraban que en 13 pacientes no presentaban leucocitosis, en 41 se detectó niveles entre 10,000 y 11,000, en 58 pacientes niveles entre 11,000 y 12,000, de 12,000 a 13,000 en 45 pacientes, 50 pacientes con niveles entre 13,000 y 14,000, de 14,000 a 15,000 se encontraron en 52 pacientes, de 15,000 a 16,000 presentaban 31 pacientes, en 21 pacientes se encontraron niveles de 16,000 a 17,000, en 18 pacientes niveles entre 17,000 y 18,000, y de más de 18,000 en 13 pacientes (tabla 8).

Las radiografías de abdomen practicadas al ingreso de los pacientes mostraban principalmente 3 imágenes; normales, asa fija en cuadrante inferior derecho, niveles hidroaéreos; en 110 pacientes se valoraron radiografías normales, en 135 presentaban asa fija, y en 115 pacientes niveles hidroaéreos (tabla 9).

De las complicaciones quirúrgicas relacionadas con la cirugía, en 15 pacientes se presentó infección de la herida quirúrgica (4.1 %), en 8 se presentó seroma en la misma (2.2 %), en 2 pacientes se detectó granuloma del área quirúrgica (0.5 %), en 6 pacientes se desarrolló sepsis abdominal secundario al proceso infeccioso (1.6 %) y se presentó una defunción (0.2%) (tabla 10).

Se realizaron otros procedimientos inherentes a las complicaciones del proceso inflamatorio e infeccioso a nivel apendicular; se colocaron en 86 pacientes drenajes abdominales, en 15 pacientes fue necesaria la colocación de un parche de epiplón en el área reseca, en 8 se realizó lavado de cavidad y en 7 pacientes se produjo una lesión incidental del intestino delgado con cierre primario del mismo (tabla 11).

Las posiciones apendicular más frecuente fue la retrocecal con el 56 % encontrado en los pacientes (tabla 12).

CONCLUSIONES

En los países occidentales, la apendicitis aguda continua siendo la causa más común de abdomen agudo (14), el riesgo de por vida de desarrollar apendicitis aguda según diversos estudios es del 7 % (7); en los niños, al ser admitidos por dolor abdominal la etiología será apendicitis aguda en un 32 % (3), en los adultos el 25 % de todos los pacientes evaluados por abdomen agudo cursaran con apendicitis aguda (7, 16). Las cifras más reciente publicadas por el CDC (Center Diseases Control), muestran durante 1998 la realización de 278,000 apendicectomías, con un promedio por 10,000 habitantes de 10.2 (25), siendo el dolor abdominal el cuarto lugar en diagnóstico primario en pacientes que ingresan al servicio de urgencias en los Estados Unidos (26).

A pesar de los avances tecnológicos a través de los años, los porcentajes de perforación y morbilidad que conlleva siguen siendo los mismos durante los últimos 70 años (18, 19); en un estudio realizado en California, (20), se encontró que la morbilidad y mortalidad secundaria al proceso inflamatorio apendicular, se han reducido de manera importante en los últimos años, sin embargo, los promedios de perforación y laparotomía negativa, continúan siendo los mismos (21 y 13 % respectivamente). Los porcentajes de perforación y laparotomías negativas son dos fenómenos independientes, cada uno con sus propios factores de influencia; la perforación ocurre principalmente al manejo entre el paciente y la atención primaria sobre la cual el médico cirujano no tiene control, las laparotomías negativas por otro lado son realizadas debido a la falta de sensibilidad, especificidad y precisión de las herramientas diagnósticas para la apendicitis (21). El estudio muestra promedios de perforación de hasta el 22 % en pacientes con un periodo de observación y procedimiento quirúrgico de hasta 4 horas, lo cual muestra los diversos factores que influyen en la misma.

En este estudio, realizado en un hospital de tercer nivel del ISSSTE, en donde la población captada son servidores públicos y sus familiares, así como en pequeña proporción de pacientes no derecho habientes, es de destacar que una proporción de los pacientes ingresados al servicio, ya cuentan con una valoración e incluso tratamiento previo de médicos de primer contacto en clínicas de primer nivel dentro del área de influencia del

hospital e incluso algunos pacientes son derivados de centros de segundo nivel a nuestro hospital por diversas razones, ya con el diagnóstico establecido y para su resolución quirúrgica.

Se realizaron un total de 1154 cirugías de urgencia en el hospital, durante el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 1999, de las cuales, 422 correspondieron al diagnóstico inicial de apendicitis aguda (el 36.5 % del total de los procedimientos quirúrgicos), de los cuales se corroboró el diagnóstico en el 85 % de los pacientes (361 pacientes), lo cual corresponde al 31.2 % del total de los pacientes, del resto de procedimientos de urgencias correspondieron a 732 pacientes, de los cuales, a 105 se les sometió a colecistectomía abierta lo cual corresponde al 14.3 % de las cirugías, que fue la cirugía más realizada durante este periodo. Estos datos nos corroboran que la apendicectomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en el Hospital Regional 1° de octubre del ISSSTE, lo cual concuerda con datos previamente publicados, en relación a que la apendicitis es el procedimiento de urgencia más realizado en diversas series (3, 6, 22). Del resto de los procedimientos realizados, al diagnóstico de inicio de apendicitis, en 26 pacientes se encontró apéndice blanca, lo cual corresponde al 7 % del total de los procedimientos, estos datos están dentro de los parámetros aceptados en relación a los procedimientos que en este tipo de urgencia se espera encontrar, debido a la falta de un método diagnóstico específico para su diagnóstico (11, 12, 13, 21, 22), con mención especial de que el hospital es centro de referencia de varias clínicas de primer contacto, lo cual hace que varios de los pacientes que acuden a este centro, ya ingresen con diagnóstico establecido de apendicitis en muchos casos con medicación establecida, y referidos para su tratamiento quirúrgico, lo cual pueda influir en la incidencia dentro de los límites bajos de laparotomías blancas.

En 26 pacientes se encontraron causas atribuibles al abdomen agudo, por lo cual se realizaron diversos procedimientos entre los cuales destacan procedimientos quirúrgicos ginecológicos (35 pacientes), lo cual corresponde al 8 % de todos los procedimientos.

El sexo predominante fue el femenino con el 55.3 % de los pacientes, llama la atención la distribución encontrada, ya que en otras series se encuentra un mayor porcentaje en los hombres (21, 22).

Por grupos de edades, de 10 a 30 años correspondió al 57 % del total de los procedimientos, realizándose 207 apendicectomías, encontrándose

dentro de los rangos de edad más comprometidos por la patología, lo cual corresponde a los rangos en otros estudios (4, 7, 21, 22).

Las incisiones para abordar el procedimiento quirúrgico, destacan las tipo Mc Burney y Rocky-Davis con el 80 % de todas las realizadas, siendo la vía de acceso más directa para la patología, en el 20 % se realizaron incisiones por la línea media, lo cual puede indicar desde patología complicada hasta probabilidad de otro diagnóstico el cual implicaba tratamiento quirúrgico.

Se encontraron en el 23 % de los pacientes con apendicitis en etapa inicial de su proceso inflamatorio (hiperémica edematosa), sin embargo, se reporta en 143 pacientes lo cual corresponde al 39 % del total de los pacientes necrosis o perforación de alguna porción apendicular, lo cual nos habla de lo avanzado del proceso infeccioso; las cifras encontradas en artículos con referencia a perforación varían desde el 15 al 40 %, (11, 12), aun en programas establecidos para mejorar los promedios de morbi-mortalidad en esta patología específica, se han encontrado promedios del 10 al 20 %, y aun en otros estudios con valoraciones preoperatorias de 4 horas y su resolución quirúrgica, se han encontrado con perforación apendicular del 22 % de 4950 (21).

Se realizó cierre de muñón apendicular tipo Halsted y Pouchet en la mayoría de los procedimientos en un porcentaje similar (44 y 51 %).

Los exámenes de laboratorio han demostrado ser de gran valor al momento de diagnóstico, se han encontrado que valores por arriba de 10,000 leucocitos cuando van acompañados de dolor en cuadrante inferior derecho e hipertermia de 38° C , son indicativos de probable apendicitis en el 98 % de los casos (21), sin embargo en otros estudios se ha encontrado que hasta el 60 % de los pacientes sometidos a laparotomias blancas con diagnóstico previo de apendicitis, cursan con elevación de la cuenta leucocitaria (22), pero en los mismos se concuerda en que la elevación de la cuenta leucocitaria además de otros parámetros inflamatorios como son la proteína C reactiva y el rebote abdominal se encontraron de forma persistente en los padecimientos complicados como en las perforaciones del apéndice (21, 22, 23). En nuestro estudio encontramos la presencia del 8 % de leucocitos normales (32 pacientes), en 246 pacientes los niveles fluctuaron entre 10,000 y 15,000 lo cual corresponde al 68 %. En el 70 pacientes los valores se encontraron entre 15,000 y 18000 el 19 % y el 5 % de los pacientes (13 pacientes) cursaban con leucocitosis superior a 18,000.

En las radiografías de abdomen encontramos en el 69 % de los pacientes imágenes sugestivas de irritación peritoneal como son niveles hidroaéreos y asa fija en cuadrante inferior derecho, sin embargo, en el 31 % de los pacientes con apendicitis se encontraban radiografías de características normales. Lo cual concuerda con estudios previos en los cuales se ha demostrado alteración en la imagen radiográfica del paciente con apendicitis en un 62 % de los casos de apendicitis no complicada (5).

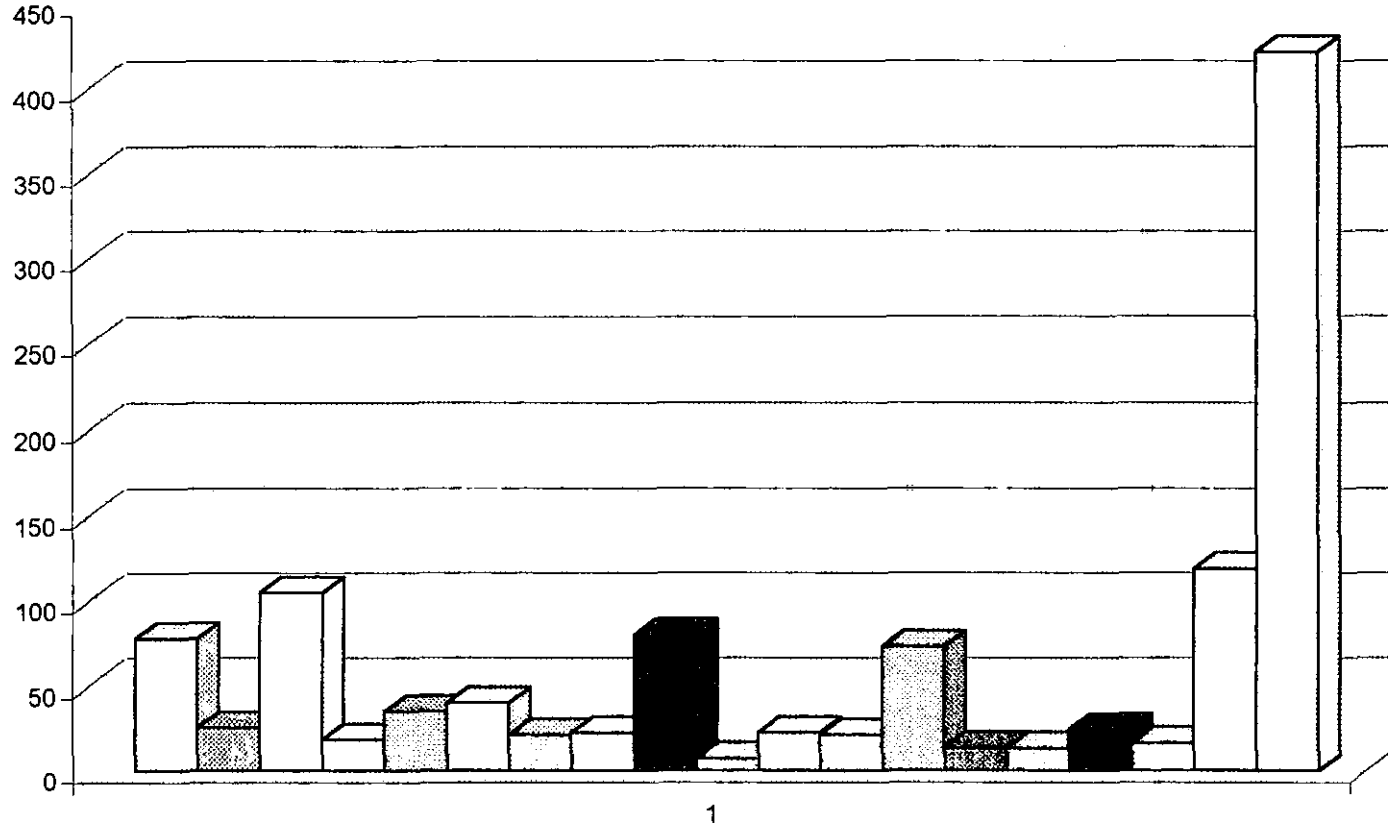
Las complicaciones quirúrgicas al procedimiento realizado, destacan infección en la herida quirúrgica en el 4 % de los pacientes (15 pacientes), lo cual va de la mano con la presencia de perforación y necrosis del apéndice, lo cual hace más factible de desarrollar esta complicación, encontrando que en el 39 % de los pacientes se presentó, llama además la atención la presencia de sepsis abdominal en el 1.8 % de los pacientes (6 pacientes) y una defunción secundaria al proceso infeccioso, estos pacientes cursaron con estancia en Terapia Intensiva del hospital y una vez resuelto su complicación continuaron su restablecimiento en piso de cirugía, la defunción se presentó en una paciente femenina de 67 años con una apendicitis perforada con plastrón inflamatorio y colecciones purulentas en cavidad abdominal, la cual presenta sepsis abdominal y choque séptico. En 2 pacientes se detectaron granulomas en el área de incisión, los cuales se resecaron sin mayor complicación, además de seroma del área quirúrgica en 8 pacientes (2.5 %) los cuales se drenaron por punción o con apertura de la cicatriz quirúrgica.

En total el número de complicaciones en los pacientes fue del 7.5 % de un total de 32 pacientes.

El diagnóstico temprano y el manejo quirúrgico adecuado, continua siendo uno de los problemas más desafiantes para el médico recién egresado, los cirujanos jóvenes y los más experimentados (24). En nuestro hospital se maneja un volumen alto de apendicectomías, con un promedio de más de 400 operaciones por año, con índices de morbi-mortalidad similares a otras publicaciones (21, 22, 23, 24) en donde hasta una tercera parte de los procedimientos son realizados en hospitales de enseñanza por cirujanos en entrenamiento, en el Hospital 1° de Octubre, dependiente del ISSSTE, casi la totalidad de las cirugías por apendicectomía son realizadas por los residentes (99%).

CIRUGIAS DE URGENCIA

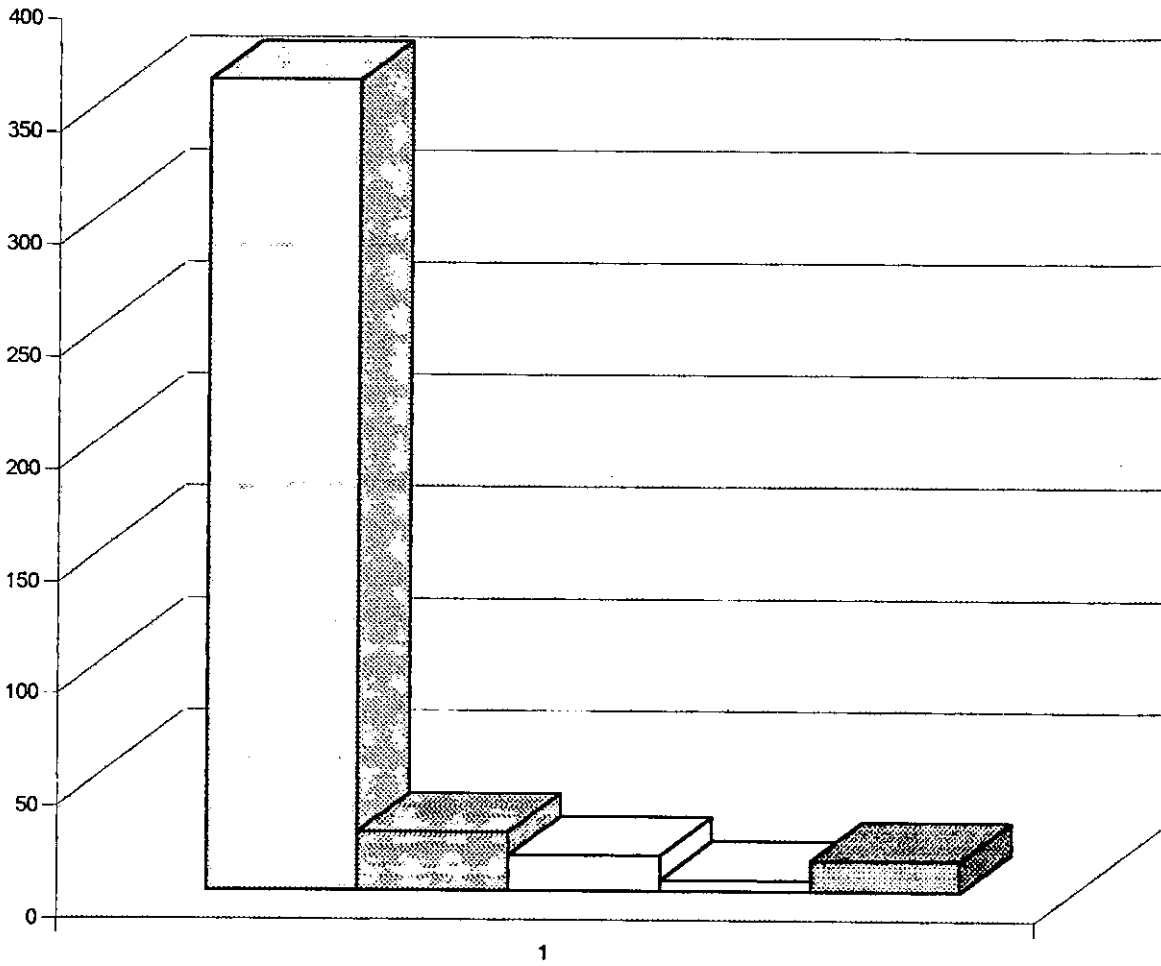
11



1

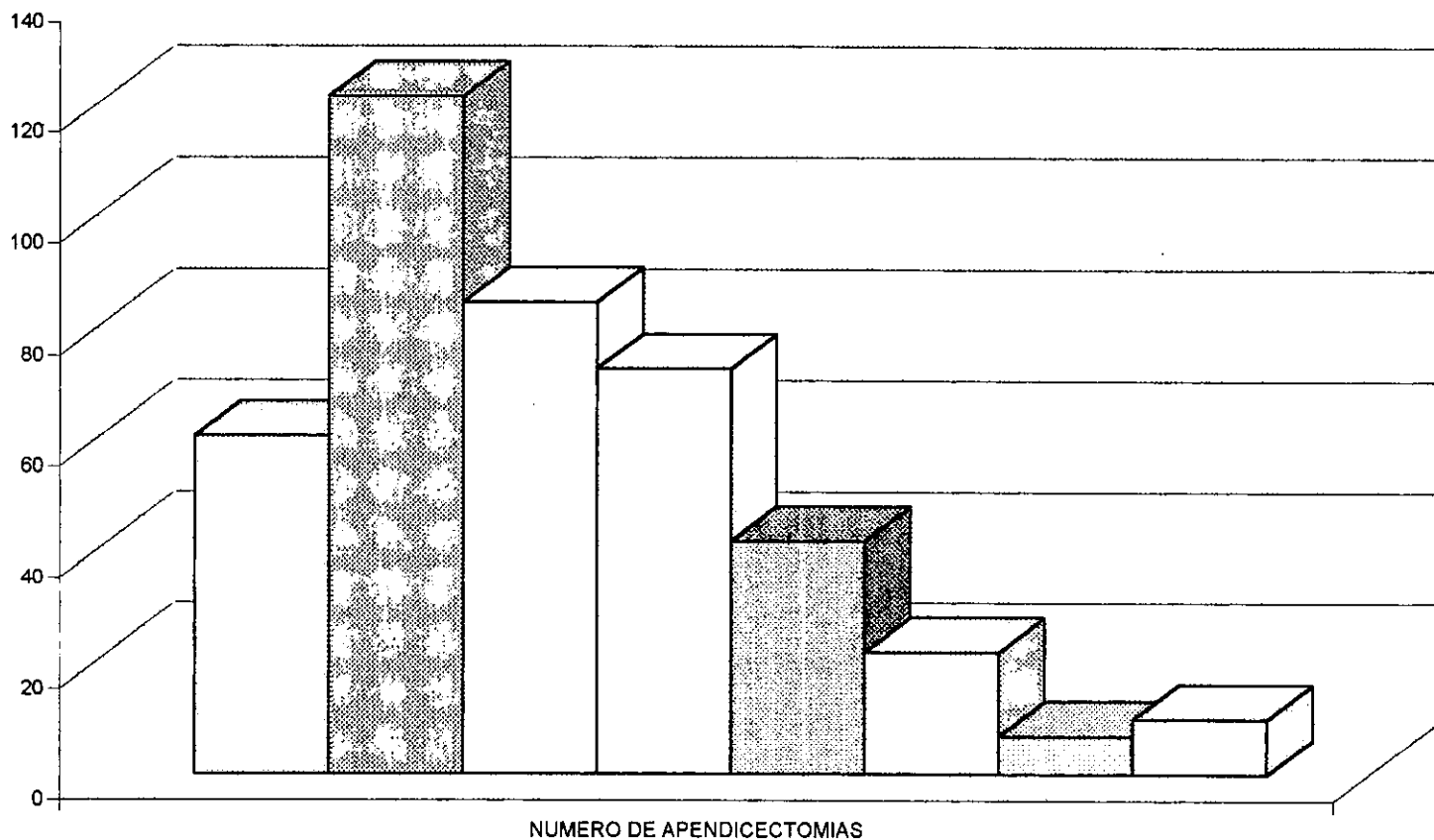
□ abdomen agudo: 78	▨ absceso y drenaje: 25	□ colecistitis: 105
□ fascitis necrotizante: 18	□ lavado y debridacion: 35	□ reintervencion: 40
□ drenaje hematoma cerebral: 21	□ herida penetrante abd: 22	■ hernia encarcelada: 80
□ herida en cuello: 7	□ hppaf en abdomen: 22	□ hemorragia tubo digestivo alto: 21
▨ irc colocacion tenckhof: 73	▨ oclusion intestinal: 13	□ perforacion viscera hueca: 13
■ trauma abdominal cerrado: 24	□ pancreatitis necrotica: 16	□ otras cirugias: 119
□ apendicitis: 422		

DIAGNOSTICO QUIRURGICO FINAL



□ apendicitis: 361" ▨ blancas: 26 □ quiste ovarico derecho: 16 □ pio-hidrosalpix derecho: 5 ▨ otros diagnosticos: 14

APENDICECTOMIAS POR GRUPOS DE EDADES



□ 1-10: 61 ■ 11-20:122 □ 21-30: 85 □ 31-40: 73 ■ 41-50: 42 □ 51-60: 22 □ 61-70: 7 □ 71-90: 10

4

apendicectomias por sexo

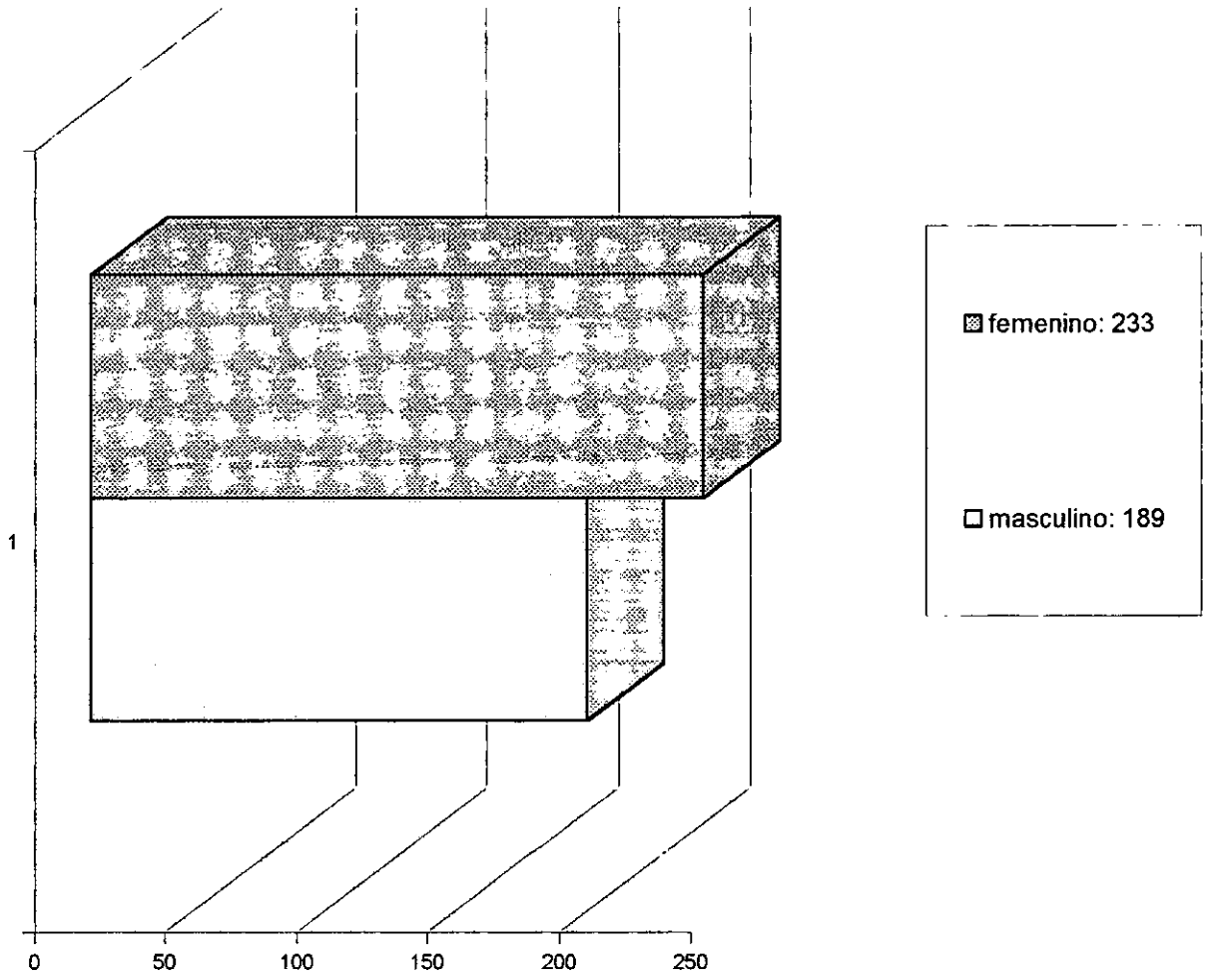
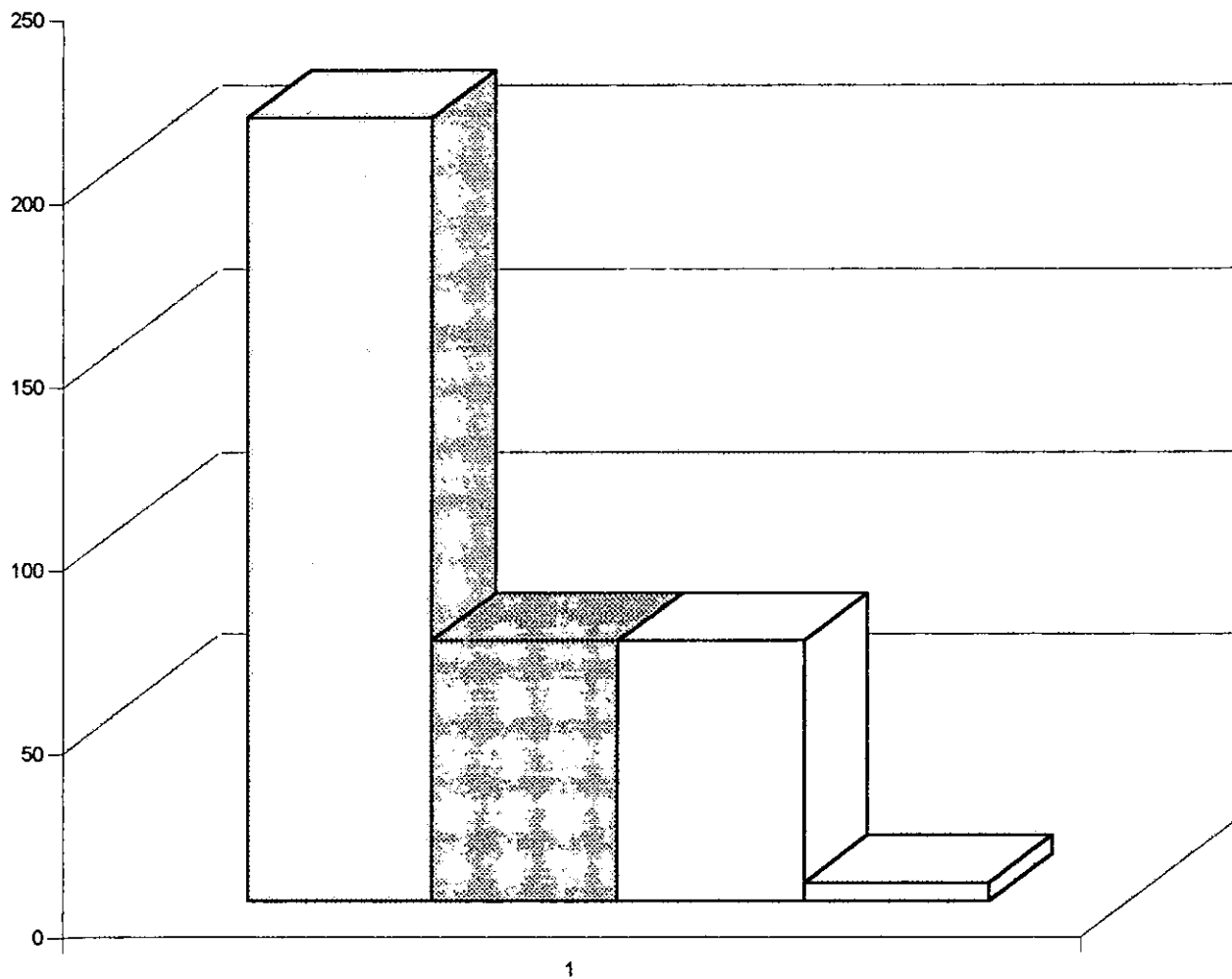


TABLA 5

TIPOS DE INCISIONES

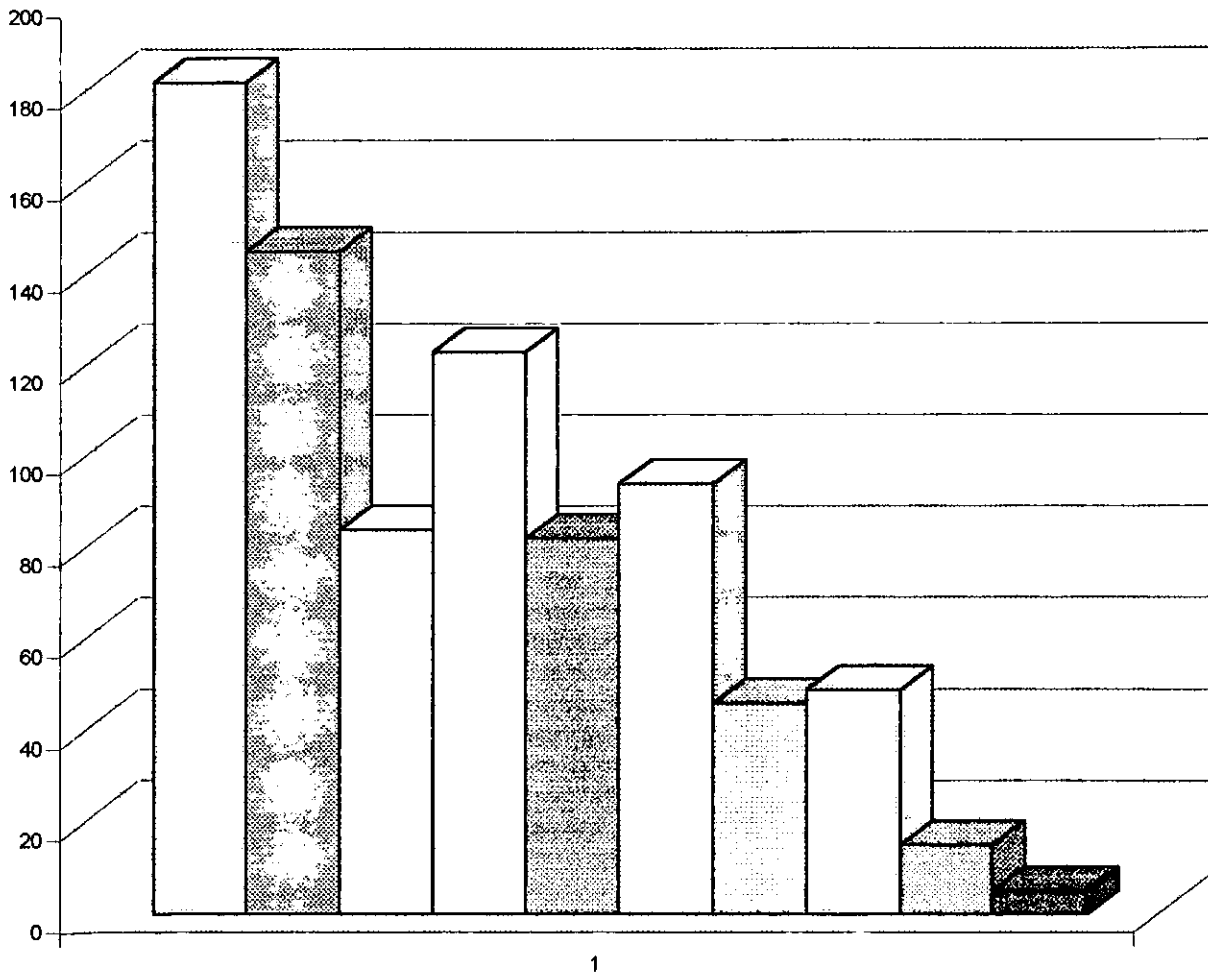


□ mc burney: 214	▣ media: 71	□ rocky-davis: 71	□ otros: 5
------------------	-------------	-------------------	------------

TABLA 6

ESTA TESIS NO CAYE
DE LA BIBLIOTECA

HALLAZGOS QUIRURGICOS EN LA CIRUGIA



□ abscedada: 182

□ colección purulenta: 84

■ hiperémica edematosa: 82

□ plastron inflamatorio: 46

■ absceso pélvico: 15

■ líquido de reacción peritoneal: 145

□ natas fibrinopurulentas: 123

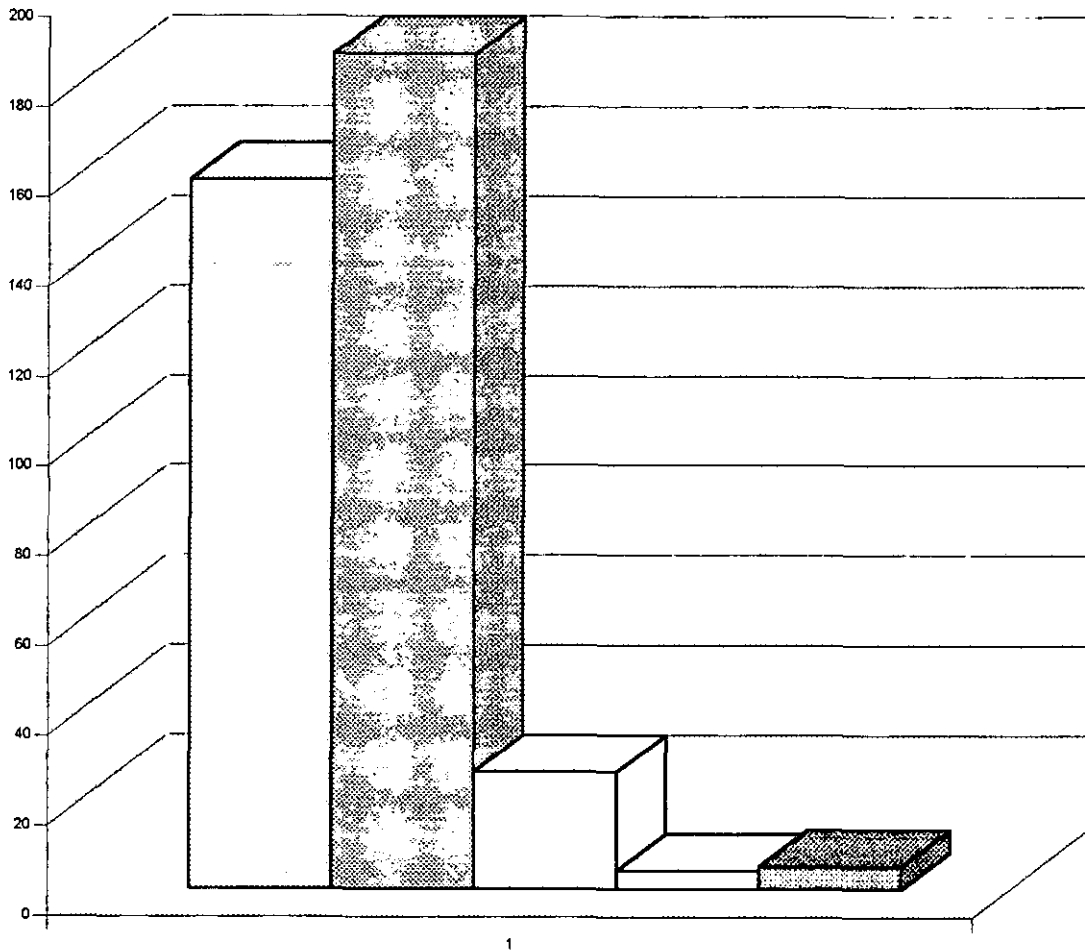
□ necrosada: 94

□ perforada: 49

■ abscesos interasa: 5

TABLA 7

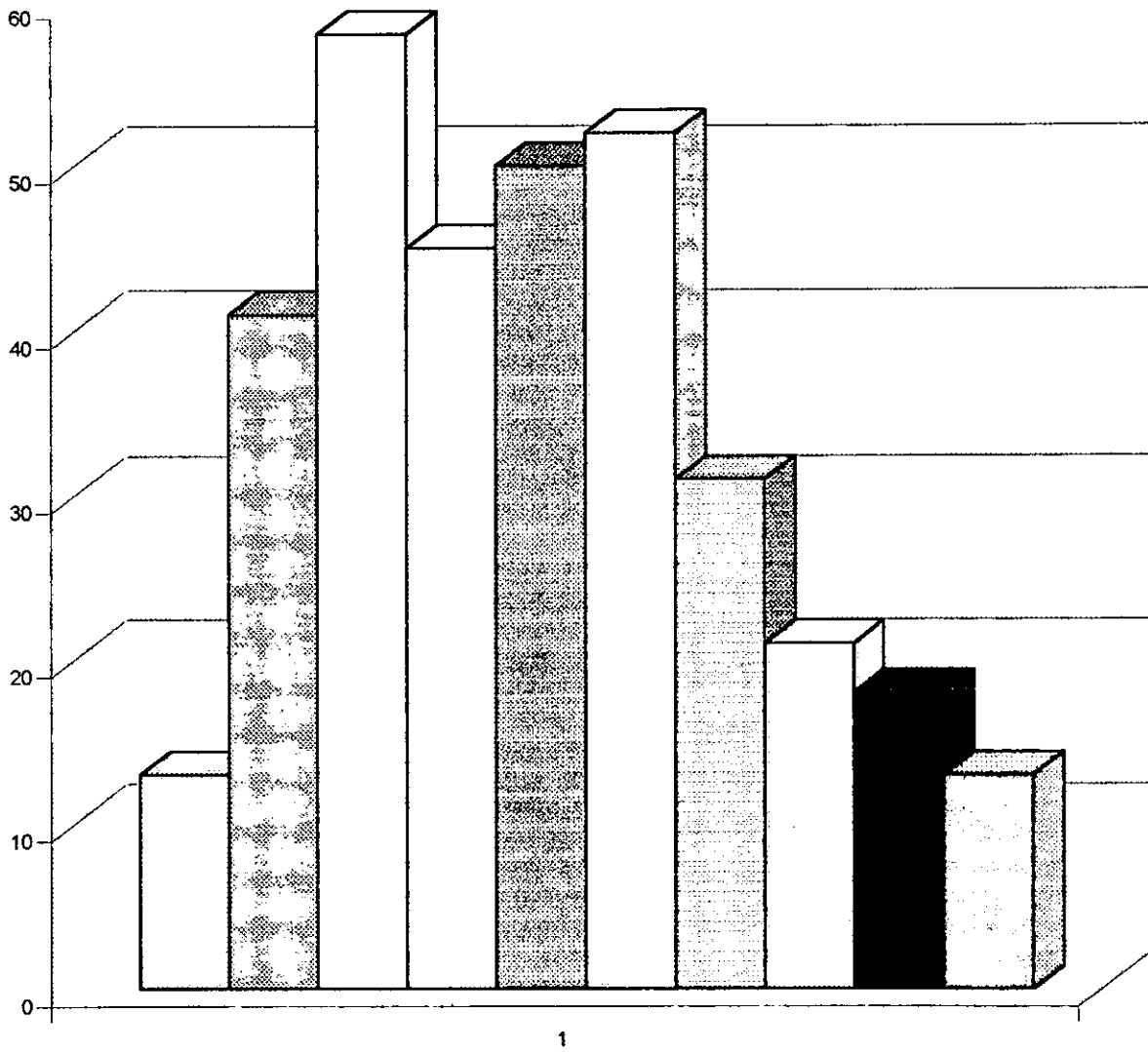
TIPOS DE CIERE DE MUÑÓN



halsted: 158	pouchet: 186	punto de zuckerman: 26
parker-kerr: 4	otros procedimientos: 5	

TABLA 8

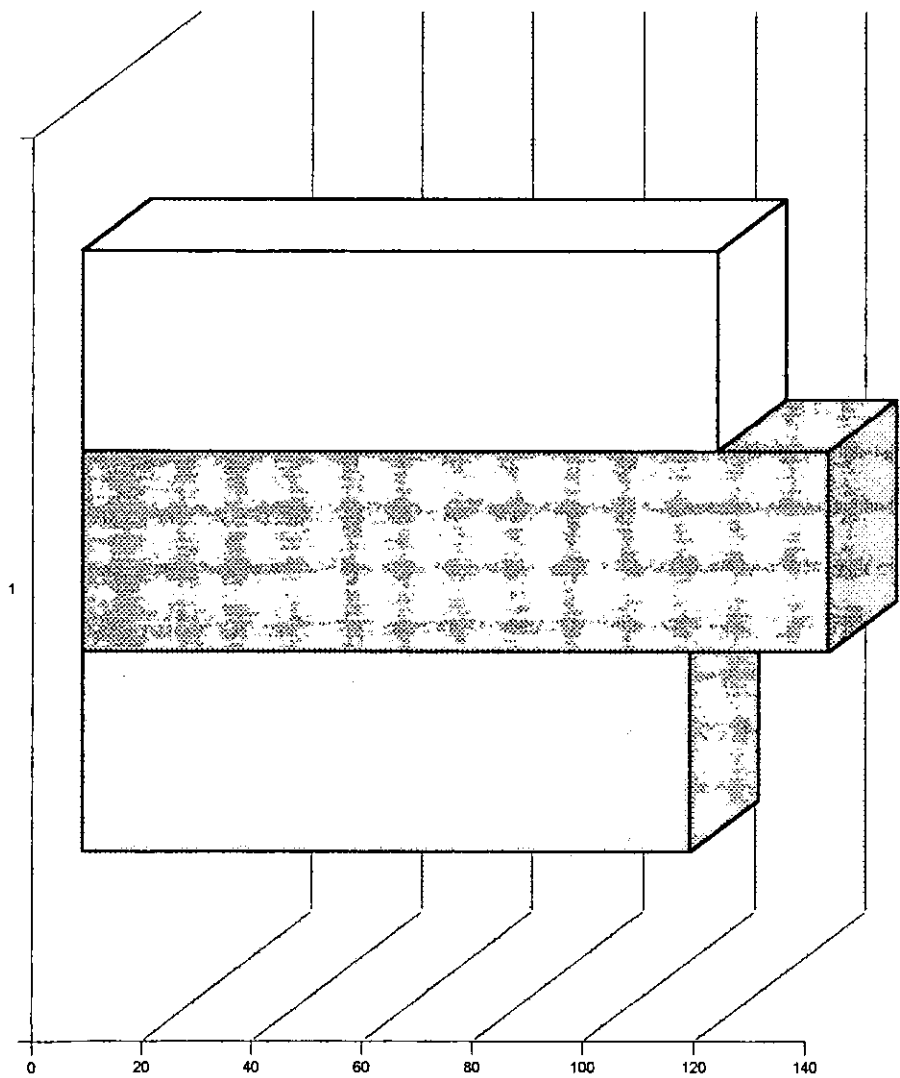
NIVEL DE LEUCOCITOS



□ menos de 10,000: 13	▨ 10,000 a 11,000: 41	□ 11,000-12,000: 58	□ 12,000-13,000: 45
▨ 13,000-14,000: 50	□ 14,000-15,000: 52	□ 15,000-16,000: 31	□ 16,000-17,000: 21
■ 17,000-18,000: 18	□ 18,000-21,000: 13		

TABLA 9

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN

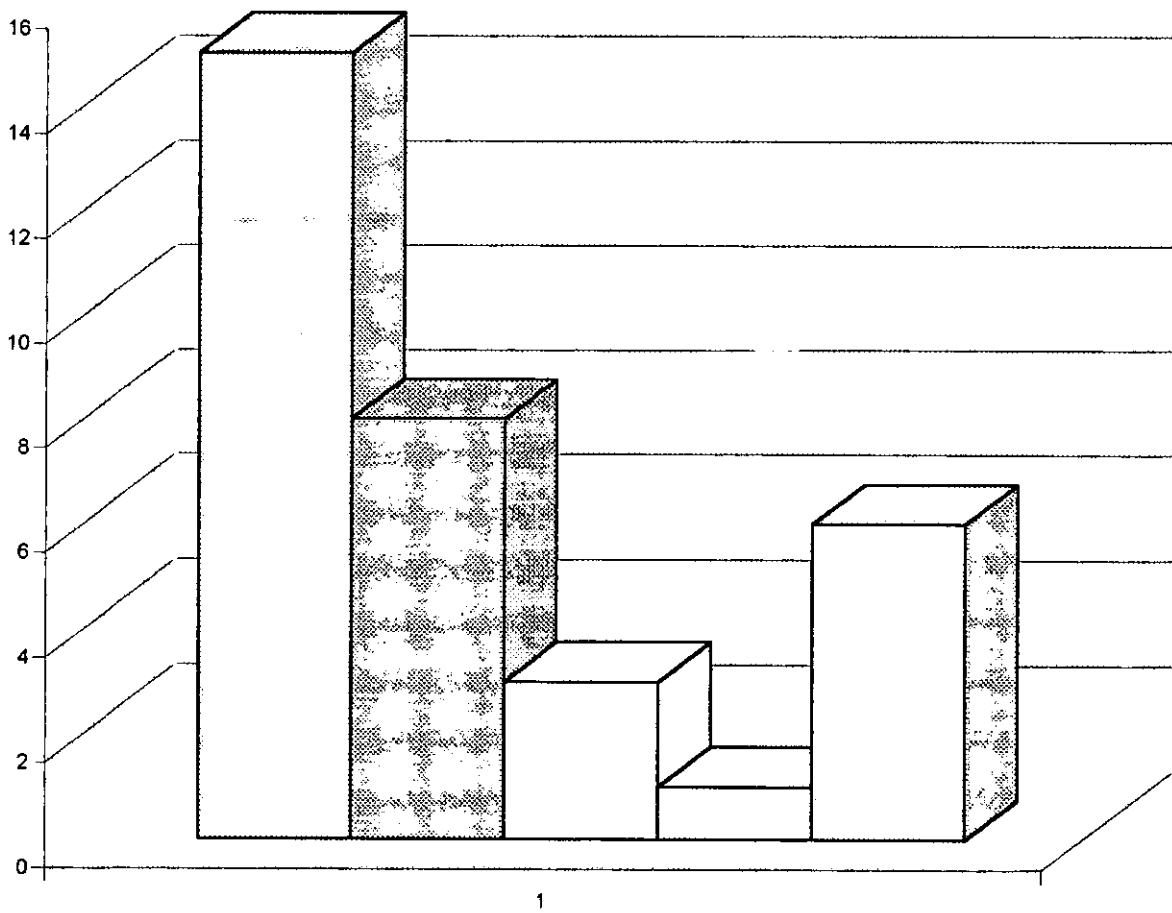


□ rx normal: 110 ▨ asa fija: 135 □ niveles hidroaereos: 115

ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA

TABLA 10

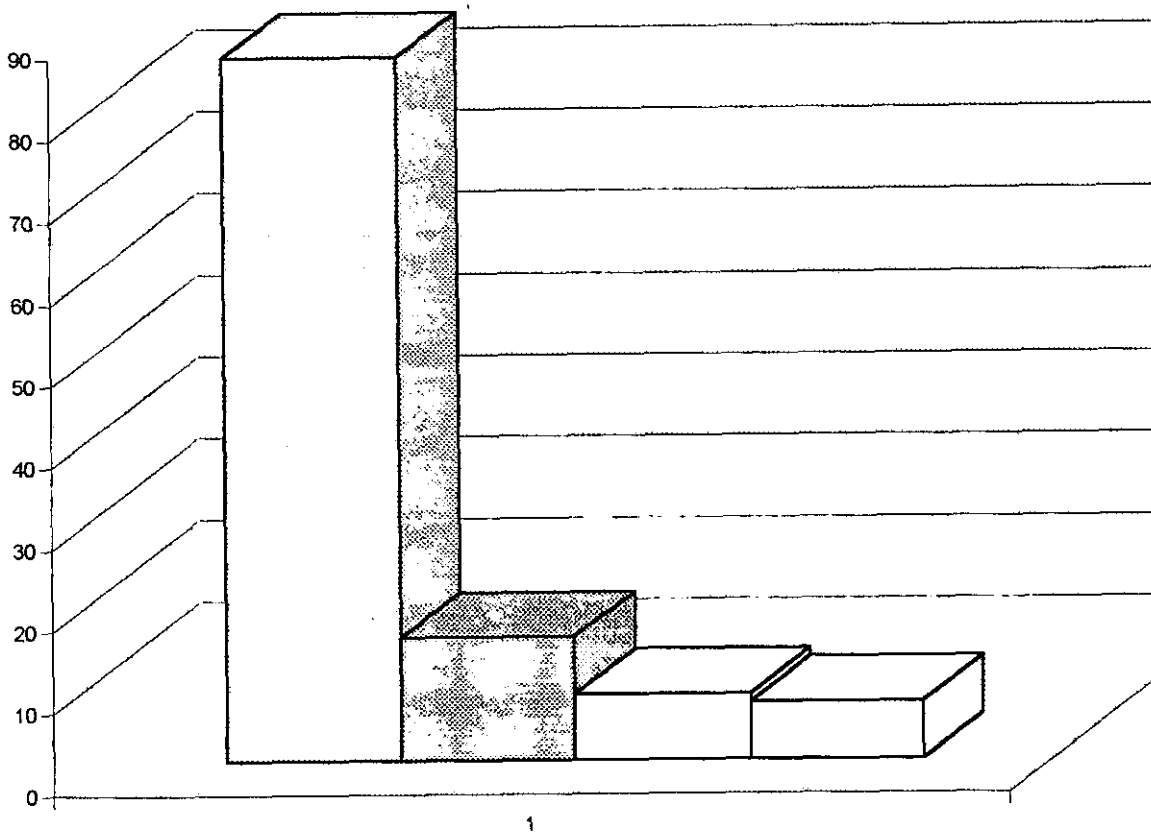
COMPLICACIONES QUIRURGICAS



□ herida qx contaminada: 15 □ seroma: 8 □ granuloma: 2 □ defunciones: 1 □ sepsis abdominal: 6

TABLA 11

OTROS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS



□ DRENAJE: 86

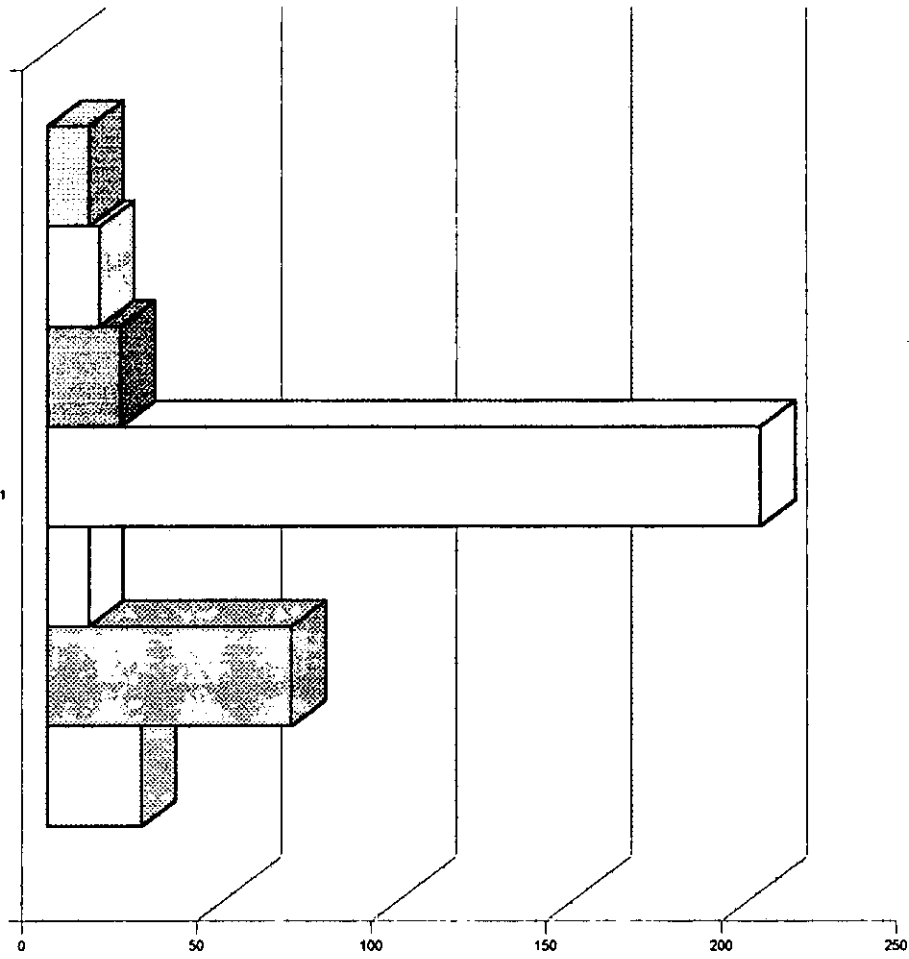
▣ PARCHE DE EPIPLON: 15

□ LAVADO DE CAVIDAD: 8

□ LESION INCIDENTAL DE DELGADO Y CIERRE: 7

TABLA 12

POSICIONES APENDICULARES



□ paracecal: 27	▣ pelvica: 70	□ preileal: 12
□ retrocecal: 204	▣ retrocecal subserosa: 21	□ retroileal: 15
□ subcecal: 12		

BIBLIOGRAFIA

1. Zinner M J, Schwartz SI, Ellis H. Operaciones abdominales, 10ª edición. Editorial Panamericana. 1998; pp 1107-1141.
2. Golden RL. Reginald H Fitz, apendicitis, and the Osler connection-A discursive review. *Surgery* 1995; 118: 504-509.
3. Tsuji M, Puri P, Reen DJ. Characterization of the local inflammatory response in appendicitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993;16:43.
4. Agafonoff S, Hawke I, Khadra M, et al. The influence of age and gender on normal appendicectomy rates. *Aust N Z J Surg* 1987;57:843.
5. Janus C. Diagnosis of acute appendicitis, how usseful is the abdominal X-ray?. *Digestive Surgery* 1986; 3: 27.
6. Tadataka Yamada . *Textbook of Gatroenterology*. 2ª Ed. Lippincott Raven. 1996. Chapter 36.
7. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg*. 1989; 76: 1121-1125.
8. Curran TJ, Muenchow SK. The treatment of complicated appendicitis in children using peritoneal drainage: Results from a public hospital. *J: Pediatric Surg* . 1993; 28; 204-8.
9. Balsano N Cayten CG. Surgical emergency of the abdomen. *Emerg Med Clin North Am*. 1990; 8: 399-410.
10. Bugliosi TF, Melody TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med*. 1990; 19: 1383-1386.
11. Lewis FR, Holcroft JW, BoeyJ, Dunphy E. Appendicitis: a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch Surg*. 1975; 110: 677-684.
12. Addis DG, Shaffer N, Fowler BS, Tauxe RV. The epidemiology of appendicitis and appendicectomy in the United States. *Am J Epidemiol*. 1990; 132: 910-925.
13. Chang Fc, Hogle HH, Welting DR. The fate of the negative appendix. *Am Surg* 1973; 126: 752-755.
14. Wagner james M MD, Mc Kinney Paul MD, Carpenter John L MD. Does this patient have apendicitis?. *JAMA* 1996; 276 (19): 1589-1594).
15. Gamal R, Moore TC: Appendicitis in children aged 13 years and yonger. *Am J Surg*. 1990; 159: 589-592.
16. Balsano N, Cayten CG. Surgical emergencies of the abdomen. *Emerg Med Clin North Am*. 1990; 19: 1383-1386.

17. Hale Douglas A, Molly Mark, Pearl Richard H. Et al. Apendectomy. A contemporary appraisal. *Ann Surg.* 1997; 225 (3): 252-261.
18. Barnes BA, Behringer GE, Wheelock FC et al. Surgical sepsis: analysis of factors associated with sepsis following appendicectomy (1937-1959). *Ann Surg* 1962; 156: 703-712.
19. Berry JJ, Malt RA. Appendicitis near its centenary. *Ann Surg.* 1984; 200: 567-575.
20. Braverman Paula, Schaaf V Mylo, Egerter Sasan et al. Insurance-related differences in the risk of ruptured appendix. *N Eng J Med.* 1994; 331: 444-449.
21. Hale Douglas A, Jaques David P, Molloy Mark et al. Apendectomy. Improving care through quality improvement. *Arch Surg.* 1997; 132: 153-157.
22. Cooperman M. Complications of appendicectomy. *Surg Clin North Am.* 1983; 63: 1233-1247.
23. Andersson Roland E, Hugander Anders P, Ghazi Sam H et al. Diagnostic value of disease history, clinical presentation, and inflammatory parameters of appendicitis. *World J Surg.* 1999; 23: 133-140.
24. Hale DA, Molly M, Pearl RH et al. Apendectomy for appendicitis: are things the same. *Gastroenterology, Selected summaries*, 1997, Vo 113, No 4, pp1414-1417.
25. CDC National Hospital Discharge Survey: Annul summary, 1998, SEPT 2000, Serie 13, No 148, pp 28.
26. Department of Health & Human Services (DHHS), advance data No 313. May 10, 2000.