



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

TÍTULO:

**“ Descripción del cuadro clínico según la presentación anterior o retrocecal del apéndice en pacientes pediátricos.
Experiencia en el Hospital General Manuel Gea González 2010-2014.
”**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO EN:

PEDIATRIA

PRESENTA:

HÉCTOR ALBERTO PEREA CARRIÓN

TUTOR PRINCIPAL

DR. GERARDO FLORES NAVA

MEXICO D.F. ENERO 2016



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

PROGRAMA DE POSGRADO EN PEDIATRÍA

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

TÍTULO:

**“ Descripción del cuadro clínico según la presentación anterior o retrocecal del apéndice en pacientes pediátricos. Experiencia en el Hospital General Manuel Gea González 2010-2014.
”**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO EN:

PEDIATRIA

PRESENTA:

HÉCTOR ALBERTO PEREA CARRIÓN

TUTOR PRINCIPAL

DR. GERARDO FLORES NAVA

MEXICO D.F. 02 DE JUNIO 2016

HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”
AUTORIZACIONES

DR OCTAVIO SIERRA MARTÍNEZ

DIRECTOR DE ENSEÑANZA
“DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

DRA MARÍA ELISA VEGA MEMIJE
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN
“DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

DRA IRMA JIMÉNEZ ESCOBAR
TITULAR DE PEDIATRÍA
“DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

DRA LORENA HERNÁNDEZ DELGADILLO
SUBDIRECCIÓN DE PEDIATRÍA
“DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

DR GERARDO FLORES NAVA
JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRÍA E INVESTIGADOR PRINCIPAL
“DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

Este trabajo fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en
colaboración con el Departamento de pediatría clínica:

DR.GERARDO FLORES NAVA
ASESOR DE TESIS E INVESTIGADOR PRINCIPAL

Este trabajo de tesis con No.21-08-2016 presentado por el alumno Héctor Alberto Perea Carrión se presenta en forma de visto bueno por el Tutor Principal de Tesis Dr. Gerardo Flores Nava con fecha de 25 de diciembre para su impresión final

DR.GERARDO FLORES NAVA
ASESOR DE TESIS E INVESTIGADOR PRINCIPAL

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

1. TÍTULO.

Descripción del cuadro clínico según la presentación anterior o retrocecal del apéndice en pacientes pediátricos. Experiencia en el Hospital General Manuel Gea González 2010-2014.

4. ANTECEDENTES.

1.El apéndice es un divertículo largo que se extiende desde la punta inferior del ciego, el cual se encuentra intercalado de tejido linfoide. La mayor parte del tiempo se encuentra de manera intraperitoneal, ya sea en posición anterior o retrocecal, por lo tanto puede entrar en contacto con la porción peritoneal anterior cuando este se inflama. Esta descrito que hasta en un 30% de las ocasiones el apéndice puede encontrarse oculto del peritoneo anterior por estar en una posición pélvica ,retroileal o retrocecal.

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal más común en pediatría, llegando a ser alrededor del 80% de las urgencias quirúrgica, sin embargo la imprecisión del diagnóstico es mayor conforme la edad, así mismo por lo común de su presentación retrocecal. Fisiopatológicamente el proceso obstructivo apendicular es la causa más común, en donde la inflamación desarrolla diferentes estados anatomopatologicos y en donde el cuadro clínico con interrogatorio directo o indirecto sigue dando la pauta para su identificación oportuna, demostrada con la exploración y apoyada con los métodos de diagnóstico auxiliares, laboratorio e imagenología .

La sintomatología clásica del proceso apendicular se compone de una historia de anorexia, así como dolor vago peri umbilical , seguido de migración de dolor al cuadrante inferior derecho , acompañado en muchas ocasiones de fiebre y vómito .

2.En caso de presentar perforación se presenta dolor generalizado abdominal, acompañado de peritonitis. Aproximadamente el 15% de los pacientes presentan la posición retrocecal de apéndice, en la cual, la sintomatología suele ser más abigarrada, con sintomatología y dolor localizado en el músculo psoas, el flanco o el cuadrante superior derecho, lo que puede retrasar el diagnóstico e intervención quirúrgicas.

El tratamiento actual de la apendicitis aguda actualmente es la extirpación quirúrgica del apéndice con lo que se resuelve el problema. La importancia de la consideración anatómica con respecto a la posición del apéndice es que se muestra de manera aberrante en aproximadamente 30% de los casos y las complicaciones componen la formación de abscesos intraabdominales y sepsis abdominal, lo cual requiere administración de antibióticos de amplio espectro , mayor tiempo de estancia intrahospitalaria.

Se ha demostrado que un estudio de gran ayuda y con gran especificidad y

sensibilidad para el diagnóstico certero en un cuadro de dolor abdominal poco claro es la tomografía computada, en la que incluso se puede demostrar la presencia de las complicaciones previamente comentadas.

5. MARCO DE REFERENCIA.

En ocasiones el diagnóstico clínico de laboratorio y gabinete de apendicitis aguda no es concluyente por lo cual está justificado realizar una laparotomía exploradora, en algunas ocasiones se han encontrado durante el procedimiento casos de implantación no habitual del apéndice cecal (Retrocecal, pélvica, retroileal o hasta subhepática).

En la literatura médica mundial se han reportado ya estudios que comparan el cuadro clínico de una apendicitis de implantación habitual contra la de implantación no habitual.

3. Imitiaz Waniy col. en un artículo publicado en el año 2009 en el Cases Journal , en el cual el autor realiza un reporte de cuatro casos con presentación clínica atípica de cuadro apendicular estando este en una posición retrocecal. Utilizando un signo clínico conocido como el signo K , el cual es una zona dolorosa localizada en la pared postero superior del abdomen, demarcada por la doceava costilla e manera superior , medial a la espina dorsal , presentándose en tres pacientes pediátricos con apendicitis de posición retrocecal, así como uno en posición paracólica. La conclusión de este estudio presentó que la sintomatología entre ambas posiciones apendiculares difiere marcadamente, y que la utilización del signo K puede llegar a ser de ayuda para el diagnóstico de esta enfermedad con predominio en edad pediátrica.

4. Mirza Orucy col. en el 2012 realizaron un estudio retrospectivo analítico en el hospital general de Tensaj y en el Hospital Cantonal Zenica en Bosnia y Herzegovina, el cual incluía a todos los pacientes hospitalizados durante el 2009 que cumplieran con los criterios de cuadro sospechoso de apendicitis con posterior realización de apendicectomía, con el objetivo de mostrar que la posición del apéndice no solo tiene una presentación clínica diferente con respecto al de implantación anterior , sino que además lleva a una estancia intrahospitalaria más prolongada acompañada de mayores complicaciones. Encontraron que la estancia hospitalaria de los pacientes con apéndice retrocecal con respecto a los de implantación anterior presentaron una

estancia con una diferencia de +/- 0.57 días, así mismo se toma en cuenta que la población que presenta de manera predominante apendicitis con posición retrocecal comprende de entre 10 a 19 años, llegando a tener un cortejo sindromático más abigarrado.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿El cuadro clínico y paraclínico de niños con apendicitis aguda de implantación anterior, es similar al de implantación retrocecal?

7. JUSTIFICACIÓN.

La apendicitis aguda es la patología principal de ingreso en hospitalización de la División de cirugía pediátrica, todos estos pacientes son revisados primero por el servicio de urgencias de pediatría donde se realiza la sospecha diagnóstica y se confirma o no con el acto quirúrgico.

En ocasiones el diagnóstico clínico de laboratorio y gabinete de apendicitis aguda no es concluyente por lo cual está justificado realizar una laparotomía exploradora, en algunas ocasiones se han encontrado durante el procedimiento casos de implantación no habitual del apéndice cecal (Retrocecal, pélvica, retroileal o hasta subhepática).

Consideramos necesario realizar un estudio comparativo del cuadro clínico entre niños que presentaron apendicitis de implantación habitual, contra los de apendicitis de implantación no habitual y así determinar si existe diferencia entre los datos clínicos de ambos grupos.

8. OBJETIVO.

Comparar el cuadro clínico de los niños que presentaron apendicitis con implantación anterior contra aquellos que presentaron apendicitis retrocecal.

9. HIPÓTESIS.

La apendicitis aguda tiene un cuadro clínico y paraclínico característico.

En el acto quirúrgico se encuentra una implantación habitual del apéndice cecal generalmente, pero existen pacientes con implantación retrocecal.

Diferencia entre el cuadro clínico y paraclínico de apendicitis de implantación habitual contra la de implantación retrocecal.

10. DISEÑO.

Analítico, comparativo, abierto, retrospectivo y transversal.

11. MATERIALES Y MÉTODO

11.1. Población de estudio: Todos los expedientes de pacientes que ingresaron a la División de Cirugía pediátrica a través del servicio de Urgencias de Pediatría con el diagnóstico de egreso de apendicitis aguda en el Hospital “Dr. Manuel Gea González” con diagnóstico de Apendicitis Aguda en el periodo comprendido entre Enero del 2010 a Diciembre del 2014.

11.2. Tamaño de la muestra.

En la base de datos de los egresos de la división de cirugía pediátrica se tienen registrados 120 pacientes con apendicitis aguda cada año en promedio, por lo cual en cinco da un producto de 600 casos, pero se espera que un 20% de los expedientes tenga datos incompletos, resultando un total de 480 expedientes a revisar.

| SIGNOS VITALES | LAB INGRESO | HALLAZGOS QX | EF ABDOMEN | PADECIMIENTO ACTUAL | EDAD | SEXO | NOMBRE | REGISTRO |
|--|---|--|---|--|--------|------|--|----------|
| Fc 80 fr 18 temp 38.6 peso 26.2 talla 123 | Leu 16.7 neu 14.1 linf 1.5 mono 1.29 eo 0 baso 0 hb 12.4 hito 36.4 vcm 85.5 hm 29 plt 234 tp 21.2 inr 1.5 tp 30.7 glu 67 bun 9.1 cr 0.49 | Inisicion mcburney con apéndice subcecal emplastronada a retroperitoneo, de 11 cm, necrosada y perforada sellada con peritoneo y epiplon. Manejo con poichet modificado completado con z de zockeman + 3 drenaje penrose | Dolor a la palpación superficial y profunda de fosa iliaca derecha, mcburney, lanz, posas y obturador | Dolor en epigastrio y mesogastrio 6/10, transctivo, vomito en 2 ocasiones, fiebre no cuantificada | 6años | F | MARTÍNEZ ONOFRE FRIDA VALERIA | 659614 |
| Fc 90 fr 22 t 36 peso 12.7 talla 88 | Leu 6.4 neu 3.1 linf 2.3 mono 1 eo 0 baso 0 hb 12.1 hto 35.4 vcm 83.6 hcm 28.6 plt 340 tp 13.4 inr 0.96 ttp 31.4 | No hay hoja RIO | Globoso, dolor a la palpación de hipogastrio, persistansis disminuida, apendiculares negados | Dolor en región anorectal intermitente, disminución en ingesta de alimentos y rechazo y distensión abdominal | 3 años | F | GARCÍA BENÍTEZ DANIA | 659619 |
| Fc 130 fr 25 t 37 peso 12.5 talla | Leu 27 neu 24.2 linf 1.3 mono 1.5 | Inisicion infra y supraumbilical, se encuentra oclusion intestinal secundaria a | Rigidez generalizada, rebote positivo, mcburney positivo | Dolor abdominal cólico en fosa iliaca derecha de 6 días de evolución (antibiótico y analgésico) se | 3 años | M | RODRÍGUEZ REYES KEVIN ADRIÁN | 673820 |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|------------|---|---|---------------|
| 93 | eo 0 baso 0 hb 13.9 hto 41.1 vcm 79 hcm 26.8 plt 538 tp 19.5 inr 1.42 ttp 34.2 glu 82 bun 13.2 cr 0.51 | adherencia por fibrina, apéndice retrocecal 6x1 hipermercado, edematosa | | agrega nausea, vomito y constipacion | | | | |
| Fc 110 fr 25 temp 37.9 peso 32.5 talla 138 | Leu 13 neu 10.6 linf 1.4 mono 1 eo 0 baso 0 hb 14.7 hto 42.7 vcm 85.7 hcm 29.4 plt 208 tp 14.4 inr 1.03 ttp 32.4 glu 83 bun 8.8 cr 0.57 | Insicion rocky davis, apéndice retrocecal 9cm hiperemica, edematosa, necrosis en tercio distal no perforada | Peristalsis aumentada, dolor a la palpación de fosa iliaca derecha, rebote, rovsing positivo | Dolor abdominal en fosa iliaca derecha 7/10, nausea, vomito en 5 ocasiones y anorexia | 9 años | M | PÉREZ LEDESMA AXEL EDUARDO | 671826 |
| Fc 85 fr 18 temp 38.2 peso 85 talla 168 | Leu 13.4 neu 11.8 linf 0.7 mono 0.8 eo 0 baso 0 hb 16 hto 48.3 vcm 86.7 hcm 28.8 plt 163 tp 18.7 inr 1.32 ttp 30.5 glu 119 bun 10.9 cr 0.85 | Insicion mcburney, se encuentra apéndice retrocecal de 6cm hiperemica, edematosa con necrosis y perforación de tercio superior | Globoso por paniculo adiposo, dolor a palpación media en fosa iliaca derecha, mcburney rebote positivo, peristalsis aumentada | Dolor en abdominal de 2 días de evolución, en epigastrio opresivo 7/10, aumenta con alimentos y movimiento, hiporexia, fiebre 38, vomito en 5 ocasiones | 15 años | M | LUNA VELÁZQUEZ JOSÉ DE JESUS | 671526 |
| Fc 120 fr 18 temp 39.4 peso 59 talla 162 | Leu 19.6 neu 17.9 linf 0.7 mono 0.3 eo 0 baso 0.6 hb 12.9 hto 40 vcm 72.2 hcm 23.2 plt 477 bandas 3 tp 15.7 inr 1.1 ttp 29.5 glu 109 bun 9.9 cr 0.7 | Insicion mcburney, apéndice cecal de 7 cm hiperemica, edematosa, fase 2 + liquido en cavidad peritoneal purulento 60cc | Peristalsis hipoactiva, dolor a la palpación de fosa iliaca derecha, rebote, rovsing, talopercusión, psoas y obturador positivo | 32hrs previas con dolor en fosa iliaca derecha 4/10 cólico que progresa a difuso 8/10 , nausea y vomito en 3 ocasiones, anorexia y fiebre 38 | 8 años | M | ANZUETO PIZANO KARIN | 671223 |
| Fc 129 fr 18 temp 39.4 peso 59 talla 162 | Leu 11.8 neu 10.5 linf 0.8 mono 0.6 eo 0 baso 0 hb 14.6 hto 44.1 vcm 92.4 hcm 30.7 plt 178 tp 17.7 inr 1.2 ttp 33.7 glu | Insicion mcburney apéndice 8cm necrosis en punta sin perforación y abseco de 10 cc | Peristalsis hipoactiva, dolor en fosa iliaca derecha, rebote rovsing psoas y obturador positivo | 36hr previas con dolor pero umbilical 4/10 cólico posteriormente difuso 8/10, anorexia, vomito y fiebre 38, | 13 | M | ESCOBAR HERNÁNDEZ ALEJANDRO DANIEL | 670929 |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---------|---|---|--------|
| | 85 bun 9.7 cr 0.7 | | | | | | | |
| Fc 98 fr 18 temp 36 peso 40.8 talla 1.36 | Leu 14 neu 10.5 linf 2.9 mono 1 eo 0 baso 0 hb 14.3 hto 43.5 vcm 79.2 hcm 26 plt 286 bandas 2 tp 14 inr 1 ttp 24.9 glu 19 bun 17.5 cr 0.66 | Insiccion lape, divertículo de meckel a 50cm de válvula ileon al con perforación en punta, apéndice retroiliar 7cm hiperemica | Resistencia involuntaria, dolor palpación superficial fosa iliaca izquierda, rebote positivo, peristalsis aumentada | Dolor súbito fosa iliaca izquierda cólico 10/10 vomito en 3 ocasiones | 10 | M | BENÍTEZ PÉREZ LUIS EFRÉN | 670428 |
| Fc 100 fr 24 temp 37 peso 15.7 talla 105 | Leu 27.8 neu 22.3 linf 3.3 mono 1.9 eo 0.1 baso 0.2 hb 12.7 hto 37.7 vcm 82.8 hcm 27.9 plt 369 tp 15.4 inr 1.1 ttp 26.3 glu 82 bun 5.2 cr 0.35 | Insiccion mcburney, apéndice cecal 7.5x1.5 perforada en tercio medio, pus 50cc al abrir cavidad | Doloroso, mcburney blumberg positivos, peristalsis disminuida | Dolor abdominal de 5 días de evolución, constante, opresivo, inició panabdominal con culmine en fosa iliaca derecha, hiporexia y fiebre (tmp/smx y naproxeno) | 3 | M | CARRILLO PERALTA MARTÍN CRISTOPHER | 670229 |
| Fc 84 fr 24 temp 37 peso 58 talla 165 | Leu 19.8 neu 17.6 linf 1.4 mono 0.7 eo 0 baso 0.1 hb 17.3 hto 52.8 vcm 89 hcm 29.2 plt 248 bandas 4 tp 16.1 inr 1.15 ttp 34.1 bun 11.5 cr 0.85 | Insiccion mcburney, apéndice retrocecal subserosa hiperemica, edematosa con necrosis en tercio medio y perforada en base | Doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, mcburney, talopercusión y psoas positivo | Dolor abdominal de 3 días de evolución cólico en epigastrio, posteriormente opresivo en fosa iliaca derecha 10/10, fiebre no cuantificada, vomito en 3 días y diarrea en 3 días | 15 años | M | ROBLES TANGO EDUARDO SAMUEL | 659923 |
| Fc 90 fr 19 temp 38.5 peso 30 talla 130 | Leu 11.3 neu 8.6 linf 1.8 mono 0.8 eo 0 baso 0 hb 14.7 hto 43.7 vcm 82.3 hcm 27.7 plt 202 tp 15.4 inr 1.1 ttp 33.7 glu 84 bun 10.5 cr 0.4 | Insiccion infraumbilical linea media, apéndice retrocecal 5cm hiperemica, Paredes necroticas, fase 3 | Resistente, doloroso, mcburney y psoas positivo, peristalsis disminuida | Vomito 4 días de evolución, nauseas, fiebre 38.5, dolor abdominal de 3 días generalizado posteriormente en hipgastrio, datos de irritación peritoneal, mcburney y psoas positivos, peristalsis disminuida | 7 años | F | ARDIZU PIÑA DANIELA | 674335 |
| Fc 100 fr 22 temp 37 peso 15 talla | Leu 13.3 neu 11.6 linf 1 mono 0.6 Eo 0 baso | Insiccion infraumbilical linea media, apéndice subserosa 6cm perforación en tercio distal | Resistencia, reflejos músculo cutáneos abolidos, hiperestesia generalizada, rebote mcburney obturador | Dolor abdominal de 3 días de evolución en fosa iliaca derecha 10/10, fiebre no cuantificada, vomito en 3 ocasiones y diarrea verde | 5 años | F | BARCENAS ARRIAGA DIANA ESTEFANY | 659920 |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|------------|---|--|---------------|
| | 0 hb 12.9 hto 40.4 vcm 89.3 hcm 28.6 plt 294 tp 14.9 inr 1.06 ttp 26.3 glu 81 bun 6.8 cr 0.4 | | psaos y puño percusión positivo | | | | | |
| Fr 100 fr 20 temp 37 peso 37 talla 150 | Leu 17.8 neu 14.36 linf 2.14 mono 0.8 eo 0.36 baso 0.19 hb 14.2 hto 42.4 vcm 81 hcm 27 plt 3.57 glu 98 bun 9 cr 0.5 tp 15.1 inr 1.1 ttp 32.4 | Insiccion rockey davis, apéndice retrocecal 7x1.5, hiperemica, edematosa | Dolor difuso en FID con mayor intensidad, mcburney psaos y obturador positivo | Dolor abdominal de 1 día de evolución en FID punzante, 6/10, vomito en 6 ocasiones y diarrea en 6 ocasiones | 13 años | M | VELÁZQUEZ DE LA ROSA CRISTIAN ANTONIO | 673303 |
| Fc98 fr 34 peso 20 talla 120 | Leu 15.6 neu 12.3 linf 2.4 mono 0.9 eo 0 baso 0.1 hb 13.9 hto 40.2 vcm 87 hcm 39 plt 370 tp 15.8 inr 1.13 ttp 30.3 glu 88 bun 10.4 cr 0.37 | Insiccion mcburney, apéndice retrocecal con hiperemica, edema, perforación en tercio medio, emplastaronada con epiplon | Doloroso a palpación en FID mcburney, giordano bilateral positivo y normoperistalsis | Dolor abdominal de 2 días de evolución, cólico, 10/10, vomito biliar 1 ocasión, hiporexia y fiebre no cuantificada | 4años | F | FUENTES ÁLVAREZ JOSELYN | 670004 |
| Fc 100 fr 26 temp 37 peso 22.5 talla 112 | LEU 22.7 neu 20.5 linf 0.9 mono 1.3 eo 0 baso 0 hb 13.9 hto 40.4 vcm 85.3 hcm 29.4 plt 218 tp 14.9 inr 1.06 ttp 35.9 glu 96 bun 8.8 cr 0.45 | Inician rockey davis, apéndice retrocecal hiperemica, edematosa, fibrinopurulenta | Doloroso en mesogastrio, hipogastrio y FID, mcburney psaos y obturador positivo | Dolor abdominal de 12 Hrs de evolución en mesogastrio traslada a FID, fiebre 39.5, vomito en 1 ocasión | 5 | F | MARTÍNEZ CRUZ DANIELA | 670807 |
| Fc 138 fr 34 temp 36 peso 21 talla 128 | Leu 11 neu 10 linf 0.4 mono 0.6 eo 0 baso 0 hb 16.2 hto 48.5 vcm 90.2 hcm 30.2 plt 194 tp 15.7 inr 1.1 ttp 27.9 glu 155 bun 10.3 cr o.5 | INSICION mcburney, apéndice retrocecal de 8cm hiperemica, edematosa y necrosado en tercio medio, perforada en punta con fecalito | Peristalsis disminuía, doloroso a la palpación, rebote y rovsing positivo | Dolor abdominal de 48 Hrs de evolución inica epigastrio irradiado a FID, fiebre 38, hiporexia | 10 años | M | VAZQUEZ LUNA SEDRECK ALDAHIR | 478006 |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|----------------|---|---|--------|
| Fc 80 fr 32 temp 37 peso 45 talla 1.48 | Leu 26 neu 23.3 linf 0.9 mono 1.7 eo 0 baso 0 hb 16.2 hto 47.8 vcm 86.4 hcm 29.2 plt 223 tp 14.2 inr 1.03 ttp 26.6 glu 106 bun 17.7 cr 0.86 | Insiccion mcburney, apéndice cecal 7x1, necrosada total, perforación en tercio medio y fecalito libre en cavidad, absceso de 20cc en hueso pélvico | Dolor en FID, mcburney psoas lanz obturador y talopercusio positivo | Dolor abdominal de 13 Hrs de evolución, difuso, cólico, 8/10, inicio en epigastrio y migra a flanco izquierdo, vomito en 3 ocasiones de contenido biliar, hiporexia | 12 | F | RAFAEL DE JESUS CAROLINA | 672612 |
| Fc 110 fr 22 temp 37.4 peso 20 talla 108 | Leu 6.8 neu 3.5 linf 2.6 mono 0.5 eo 0 baso 0 hb 12.6 hto 37.5 vcm 85.5 hcm 28.7 plt 216 tp 13.7 inr 0.98 ttp 24.2 glu 94 bun 3 cr 0.35 | Insiccion rockey devis, apéndice cecal de 8cm hiperemica y con edema en la punta | Dolor a la palpación en FID, mcburney doloroso sin rebote, talopercusio y giordano derecho positivo | Dolor abdominal de 1 día de evolución, intensidad fluctuante, fiebre 38 | 4 años | F | CERVANTES SOTO ADRIANA | 671117 |
| Fc 110 fr 22 temp 37 peso 40 talla 160 | Leu 17.8 neu 16 linf 0.8 mono 1 eo Obaso 0 hb 15.5 hto 46 vcm 88 hcm 29.5 plt 159 tp 16.1 inr 1.14 ttp 28.4 | Insiccion mcburney, apéndice retrocecal 7x1, edematosa, hiperemica y con necrosis en tercio distal | Resistencia involuntaria, peristalsis disminuida, mcburney rovsing obturador y psoas positivo | Dolor abdominal de 2 días de evolución de inicio en región periumbilical que migra a FID intensidad 10/10, vomito, diarrea | 12 años | M | ESCOBEDO HERNÁNDEZ GUILLERMO | 670612 |
| Fc 90 fr 25 temp 39 peso 35 talla 155 | Leu 22 neu 19.6 linf 0.6 mono 1.6 eo 0 baso 0.2 hb 15 hto 44.3 vcm 87.7 hcm 29.7 plt 236 tp 16.6 inr 1.1 ttp 24 | Insiccion rockey davis, apéndice retrocecal 10cm necrosis y perforación en tercio distal | Mcburney positivo, resistencia muscular, psoas, obturador y talopercusio positivo, rebote positivo | Dolor abdominal de 48 Hrs de evolución de inicio periumbilical que migra FID 10/10, vomito en 6 ocasiones, fiebre no cuantificada | 12 años | M | MORALES ROMERO CESAR | 659016 |
| FC 70, FR 18, TEM 37, PESO 70, TALLA | Leu 17.3, linf 0.8, mono 0.8, Eo 0, Baso 0, Hb 14.9, hto 44, VCM 84.3, HCM 28.5, PLT 235, TP 14.9, INR 1.06, TTP 27.4 | Insiccion transversa, apendice cecal 8 cm con necrosis en tercio medio sin perforacion. | Mcburney positivo, Robsing positivo, rebote positivo, resistencia muscular, obturador y talopercusio positivo. | Dolor abdominal de 36 hrs de evolucion, ubicado en hipocondrio derecho y que irradia a mesogastrio 9/10, se agrega nausea y vomito al dia siguiente. | 11 AÑO S | F | RODRIGUEZ PINEDA SANDRA REGINA | 670617 |
| TA 90/60, | Leu 14.5, Neu 11.4, | insiccion en linea media infracumbilical, apendice | Mcburney positivo, rebote positivo, | Dolor abdominal localizado en epigastrio sin | 15 años | F | FUENTES HERNANDEZ | 659211 |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---------|---|-------------------------------|--------|
| Fc 80, Fr 24, Tem 38 °C, peso 55, talla 1.58. | Lin 1.1, Mono 1.9, Eo 0, Mono 0, Hb 14.6, HTO 43.3, VCM 93.7, HCM 31.6, PLT 291. | cecal complicada de 10 cm, meso apendice hiperemico graso, perforada en la punta y emplastronada en epiplon. | resistencia muscular, dolor a la palpacion superficial y profunda en marco colico. | irradiaciones de 6 dias de evolucion, fiebre de 38 °C, | | | KARLA ITZEL | |
| TA: 110/70, FC: 70, FR: 24, TEM: 36, peso: 51 kg. | Leu: 25.2, Neu: 23.6, Lin: 0.60, Mono: 1, Hb: 15.7, HTO: 47.1, VCM: 93.9, HCM: 31.3, PLT: 211, TP: 19-8, INR: 1.4, TTP: 30.6 | Insicion tipo Mcburney, apendice subcecal de 10 cm, necrosado y perforado en tercio proximal, con material purulento y fecaloide en fosa ileaca derecha. | Psoas positivo, rebote positivo, dolor en fosa ileaca derecha e hipogastrio. | Dolor abdominal en epigastrio de 24 hrs de evolucion dolor 10/10, mismo que se irradia a hipogastrio, con nausea y vomito de contenido bbiliar. | 15 años | M | SOLANO REMEDIOS BRAYAN DANIEL | 658912 |
| FC: 110, FR: 24, TEM: 36.5, Peso: 29.5, Talla: 1.34. | Leu: 14.1, Neu: 12.8, Lin: 0.6, Mono: 0.6, Eo: 0.1, Hb: 17.6, HTO: 49.8, VCM: 80.8, HCM: 28.5, PLT: 196, TP: 15, INR: 1.09, TTP: 30.8. | insicion Rokydavis, apendice retrocecal, hiperemica, conservada. | ligera reactividad abdominal en cuadrante inferior derecho, Mcburney positivo, rebote dudoso, Psoas negativo, Obturador negativo. | dolor abdomina en region periumbilical que se irradia a fosa iliaca derecha de 5 hrs de evolucion , 10/10, hiporexia, nausea y vomito | 10 años | M | CUEVAS XXX ISAAC | 673636 |
| FC: 90, FR: 18, Tem: 37, Peso, 40, Talla: 1.28. | leu: 10.8, Neu: 9.4, Lin: 0.9, mono: 0.5, Hb: 13.5, HTO: 13.5, HTO: 41.3, VCM: 83.4, HCM: 27.2, PLT: 249, TP: 16.9, INR: 1.22, TTP: 32. | insicion infraumbilical media, plastron en epiplon, abundante liquido purulento en cavidad abdominal 1 lt, fecalito libre, apendice cecal hiperemico con necrosis en punta y perforado en tercio medio, multiples abscesos inter asa. | Rigidez abdominal, rebote positivo, Psoas positivo, Talopercusion positiva, Mcburney positivo | Dolor abdominal de 4 dias de evolucion en hemiabdomen inferior 10/10, vomito, estreñimiento. | 9 años | F | RAMIREZ RAMIREZ ALEJANDRA | 674131 |
| FC: 98, FR: 20, Tem: 38.5, Peso: 42.5, Talla: 1.45. | Leu: 16.3, neu: 14.1, Lin: 1.2, mono: 0.9, Hb: 14.7, HTO: 43.9, VCM: 83.1, HCM: 27.9, PLT: 225, TP: | insicion tipo Mcburney, apendice retrocecal 10 cm, edematoso, engurgitado e hiperemico. | adbomen doloroso a la palpacion, rebote positivo, Robsing positivo, Psoas positivo, Obturador positivo, talopercusion positivo. | Dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha de 24 hrs de evolucion, 7/10, tipo colico sin irradiaciones, nausea y vomito gastrobbiliar. | 13 años | F | ANGEL SUAREZ BERENICE YANDERI | 671730 |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|------------|---|--|--------|
| | 14.1, INR: 1.01, TTP: 27.1 | | | | | | | |
| FC: 110, FR: 20, Tem: 36, Peso 52.5, talla: 1.15 | Leu: 18.9, Neu: 16.6, Lin: 1.2, Mono: 1, Eo: 0.1, Hb: 15.9, HTO: 47.5, VCM: 86.3, HCM: 28.9, TP: 18, INR: 1.29, TTP: 31.8 | insicion tipo Mcburney, apendice retrocecal 10 cm, edematoso e hiperemico. | Mcburney positivo, robsing positivo, Blumberg positivo, obturador positivo. | Dolor abdominal de 48 hrs de evolucion en mesogastrio, que se traslada a fosa iliaca derecha- | 11 años | M | FLORES CHAVARRIA EDGAR. | 674343 |
| FC 120 FR 18 T 37 PESO 20 KG TALLA 1.18 | LEU 15.3 NEU 80.7% HB 14.4 PLT 250 | INSICION TIPO MCBURNEY DE APROXIMADAMENTE 5 CM, APENDICE DE 6 CM EDEMATOSA SIN PERFORACIONES O NECROSIS | DOLOR A LA PALPACION MEDIA Y PROFUNDA EN FID, PRESENDO REBOTE + SIGNO DE MCBURNEY +, TALOPERCUSION PSOAS Y OBTURADOR + | DOLOR ABDOMINAL DE 4 DIAS DE EVOLUCION QUE INICIA SIENDO TIPO COLICO EN FID SIN IRRADIACIONES DE INTENSIDAD 8/10 SIN APARENTES ATENUANTES O EXACERBANTES, FIEBRE NO CUATIFICADA. ODINOFAGIA DE TRES DIAS DE EVOLUCION TANTO A SOLIDOS COMO LIQUIDOS | 9 | M | NOE SANCHEZ AVENDAÑO | 671032 |
| FC 120 FR 18 T 37 PESO 20 KG TALLA 1.18 | LEU 15.3 NEU 80.7% HB 14.4 PLT 250 | INSICION TIPO MCBURNEY DE APROXIMADAMENTE 5 CM, APENDICE DE 6 CM EDEMATOSA SIN PERFORACIONES O NECROSIS | DOLOR A LA PALPACION MEDIA Y PROFUNDA EN FID, PRESENDO REBOTE + SIGNO DE MCBURNEY +, TALOPERCUSION PSOAS Y OBTURADOR + | DOLOR ABDOMINAL DE 4 DIAS DE EVOLUCION QUE INICIA SIENDO TIPO COLICO EN FID SIN IRRADIACIONES DE INTENSIDAD 8/10 SIN APARENTES ATENUANTES O EXACERBANTES, FIEBRE NO CUATIFICADA. ODINOFAGIA DE TRES DIAS DE EVOLUCION TANTO A SOLIDOS COMO LIQUIDOS | 9 | M | NOE SANCHEZ AVENDAÑO | 671032 |
| PESO 67 KG TALLA 1.74 FR 18 FC 78 | LEU 11-9 NEU 89- 3% HB 15.2 PLA 270 GLU 134 CR 0.54 NA 138 K 3.6 PLAT 173 | INSICION TIPO MCBURNEY SE IDENTIFICA APENDICE RETROCECAL HIPEREMICA EDEMATOSA CON REACCION INFLAMATORIA. | ABDOMEN DOLOROSO A LA PALPACION EN FID MCBURNEY + PSOAS + TALOPERCUSION+ ROUVSING + | DOLOR ABDOMINAL DE DOS DIAS DE EVOLUCION EN FID INICIA COMO COLICO , NIEGA DIARREA VOMITO O FIEBRE EL CUAL POSTERIORMENTE MIGRA A FID | 14 | M | MONTIEL MIRANDA EDWIN ARMANDO | 674142 |
| TA 120/60 FR 24 FC 100 T 36 PESO 44 TALLA 51CM | LEU 17.7 NEU 89- 3% HB 15.2 PLA 270 GLU 134 CR 0.54 NA 138 K 3.6 CL 104 | INSICION TIPO MCBURNEY, APENDICE CECAL DE 7X 1-5 CM HIPEREMICA EDEMATOSA PERFORADA EN TERCIO MEDIO, BASE RESPETADA SIN NECROSIS | ABDOMEN DOLOROSO EN REGION DE EPIGASTRIO Y FID CON MCBURNEY, BLOOMBER, PSOAS, OBTURADOR Y ROUVSING + | DOLOR ABDOMINAL DE 6 HORAS DE EVOLUCION INICIO SUBITO QUE INICIA EN MESOGASTRIO Y MIGRA A FID SE TORNA OPRESIVO SIN FIEBRE O DIARREA. VOMITO DE 6 HORAS DE EVOLUCION QUE EN PRINCIPIO ES GASTROALIMENTARIO PARA POSTERIOR SER GASTRICO. | 12 | M | GONZALEZ RUEDA DAVID | 673144 |
| TA 140/95 FC 87 FR 22 T 37.9 | LEU 15.9 NEU 88.5% HB 15.2 PLT 195 GLU | INSICION ROCKYDAVIS MODIFICADA ANTECECAL, CON EPIPLON ADHERIDO A | ABDOMEN DOLOSO A LA PALPACION PROFUNDA EN FID MC BURNEY, REBOTE Y | DOLOR ABDOMINAL TIPO PUZANTE EN REGION DE EPIGASTRIO QUE MIGRA A FID, NO IRRADIDO EXACERBADO POR | 10 | M | CRUZ SANCHEZ OSACAR ARIEL | 672842 |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|----|---|---|--------|
| PESO 36 | 132 CR 0.63 NA 130 CL 97 CA 9.9 P 4.63 MG 1-9 | LA PUNTA, APEDICE DE 7X2 CM HIPEREMICO EDEMATOSO, FIBRINO PURULENTO, SIN PERFORACION. | ROUVSION, PSOAS + | DEAMBULACION. VOMITO DE UN DIA DE EVOLUCION DE CONTENIDO EALIMENTARIO. EVACUACIONES VERDOSAS DE N DIA DE EVOLUCION FETIDO, NIEGA MOCO Y SANGRE. | | | | |
| TA 110/70 FC 120 FR 26 T 38 PESO 22.5 | LEU 14 NEU 85% HB 14.6 HTO 41-1 PLAT 306 GLU 96 | INSICION MCBURNEY APENDICE RETROCECAL NEGROSADO EN TERCIO PROXIMAL Y MEDIO SIN PERFORACION. | ABDOMEN CON RESISTENCIA INVOLUNTARIA DOLOR GENERALIZADO QUE PREDOMINA EN FID MCBURNEYREBOTE - PSOAS, OBTURADOR, LANZ Y TALOPERCUSION + TIMPANISMO GENERALIZADO Y PERISTALSIS AUMENTADA. | DOLOR ABDOMINALDE 30 H DE EVOLUCION CONSTANTE TRANSFICTIVO NO IRRADIADO FIEBRE DE UN DIA DE EVOLUCION DE 39 C SE ACOMPAÑA DE RUBICUNADEZ Y DIFORESIS SIN NAUSEAS VOMITO | 6 | F | AMBRIZ GUERRERO SANTANA VAYOLETH | 659741 |
| FC 89 FR 23 T 36 TA 110/70 PESO 35 TALLA 132 | LEU 18 HB 12. 6 PLAT 253 GLU 95 UREA 8.2 CR 0.4 PCR 11.7 | INSICION MCBURNEY APENDICE RETROCECAL DE 10X1 CM CON VASOS INGURGITADOS EN LA PUNTA. | ABDOMEN CON DOLOR A LA PALPACION EN REGION UMBILICAL IRRADIADO A FID NO SE PALPA PLASTRON O TUMOR CON PRESENCIA DE PSOAS, OBTURADOR, MCBURNEY + PERISTALSIS PRESENTE. | DOLOR ABDOMINAL CON FIEBRE NO CUANTIFICADA DE MANERA PROGRESIVA SE AGREGA ANOREXIA. | 8 | M | VEGA BAHENA BRYAN | 553751 |
| FC 90 FR 20 T 36.7 PESO 30.5 TALLA 1.21 | LEU 11.4 NEU 59.4% HB 13.8 PLT 301 GLU 80 CR 0.56 NA 134 K 3.8 CL 107 | INSICION MCBURNEY APENDICE HIPEREMICA | ABDOMEN CON RESISTENCIA A LA PALPACION CON MCBURNEY +, ROUVSING, OBTURADOR Y REBOTE + | DOLOR ABDOMINAL DE 24 H DE EVOLUCION TIPO COLICO EN REGION PERIMBILICAL QUE MIGRA A FID QUE AUMENTA CON LA DE AMBULACION. EVACUACIONES DISMINUIDAS DE CONSTISTENCIA DE 24 H DE EVOLUCION SIN MOCO O SANGRE, PUJO Y TENESMO EN TRES OCASIONES ACOMPAÑADO DE ANOREXIA. | 7 | F | ORTIZ CORTINA KARLA FERNANDA | 673754 |
| FC 90 FR 18 T 37 PESO 40.6 TALLA 1.54 | LEU 15.4 NEU 93.7% HB 15 HTO 47.4 PLAT 154 GLU 106 CR 0.99 | INSICION TIPO MC BURNEY DE APROXIMADAMENTE 5 CM CON PRESENCIA DE APENDICE DE 10X1CM RETROCECAL HIPEREMICO EDEMATOSO NECROSADO EN TERCIO DISTAL | ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON PERISTALSIS PRESENTE SIGNO DE BLOOMBERG + ROUVSING PSOAS OBTURADOR Y TALOPERCUSION - | DOLOR ABDOMINAL DE DOS DIAS DE EVOLUCION QUE INICIA EN EPIGASTRIO CON NAUSEA Y POSTERIORMENTE DOLOR EN MESOGATRIO EL CUAL MIGRA A FID DE INTENSIDAD 8/10 TIPO COLICO SIN IRRADIACIONES CON NAUSEA Y VOMITO. REFIERE DISURIA SIN PUJO CON TENESMO POLIURIA CON POLAQUIURIA. | 15 | M | GUARNERO S SANTILLAN EMMANUEL | 648852 |
| FC 62 FR 24 T | LEU 13.1 NEU | INSICION MCBURNEY APENDICE CECAL DE | ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON | DOLOR ABDOMINAL DE TRES DIAS DE | 15 | M | GUZMAN ARRES | 672058 |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|---|--|--------|
| 36 PESO 63 TALLA 1.68 | 83.9% HB 7.4 PLAT 46 GLU 110 CR 0.86 NA 139 K 3.9 CL 102 | 9X2CM ISQUEMICA NO COMPLICADA, BASE RESPECTADA. | DIMINUCION DE LA PERISTALSIS CON DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN FID REBOTE+ ROUVSING + | EVOLUCION TIPO URENTE EN MESO Y EPOGASTRIO QUE SE IRRADIA A FID AUMENTA CON EL MOVIMIENTO. DIARREA DE TRES DIAS DE EVOLUCION CON DEPOSICIONES LIQUIDAS | | | DIEGO | |
| PESO 26.5 FC 70 FR 20 T 36.5 | LEU 8.8 NEU 80.3% LINF 15.2 HB 13.8 PLAT 366 CR 0.62 NA 137 K 4 CA 10.6 | TECNICA DE HASSON APENDICE FASE 3 SALIDA DE MATERIAL PURULENTO 5 CC FECALITO LIBRE | ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN FID REBOTE NEGATIVO SIN DATOS DE IRRITACION PERITONEAL, NORMOPERISTALSIS | DOLOR ABDOMINAL DE 10 H DE EVOLUCION EN EPIGASTRIO DE INTESIDAD 3 DE 10 ACOMPAÑADO DE VOMITO SIN IRRADIACION. VOMITO EN 6 OCASIONES DE CONTENIDO GASTRICO NIEGA SANGRE Y MOCO | 8 | M | MORAN MENDEZ CRISTIAN SATISH | 671859 |
| FC 100 FR 20 TEMP 36.9 PESO 22.7 TALLA 110 | LEU 17.5 NEU 15.7 LIN .9 MON 0.8 BAS 0 EOS 0 HB 13.4 HTO 39.9 PLT 238 TP 16 INR 1.14 TTP 26.5 TT 13 GLU 47 BUN 15.7 CRT 0.58 | HERIDA MC BURNEY, SE HALLA APENDICE DE 10 CM CON PERFORACION EN TERCIO MEDIO. | DOLOROSO EN FOSA ILIACA DERECHA, MCBURNEY,M ROVSING, PSOAS, BLOOMBERG Y OBTURADOR Y TALOPECUSION + | DOLOR ABDOMINAL DE 3 DIAS DE EVOLUCIÓN SUBITO OPRESIVO EN FOSA ILIACA DERECHA + FIEBRE 3 DIAS DE 38C + VOMITO 2 DIAS GASTROBILIAR 10 X DIA + DIARREA | 4 | F | GARCIA AGUILAR MARIA FERNANDA | 671657 |
| FC 110 FR 24 TEMP 37.7 PESO 27.8 TALLA 1.30 | LEU 16.8 NEU 15.3 LIN 0.9 MON 0.3 EOS 0.2 BAS 0.1 HB 14.3 HTO 42.6 PLT 340 BANDAS 1 TP 21.5 INR 1.5 TTP 31.8 GLU 103 BUN 13 CRT .53 | INCISIÓN MCBURNEY APENDICE DE 8X1 HIPEREMICA Y EDEMATOSA Y FIBRINOPURULENTO | DOLOR DIFUSO A LA PALPACION Y SUPERFICIAL Y PERCUSION, REBOTE + | DOLOR DE 16 HR SUBITO 6/10 OPRESIVO (TRATADO CON TRIMEBUTINA Y DIMETICONA) + VOMITO GASTROBILIAR X 6 | 8 | M | OSORIO OLGUIN LEONARDO | 671655 |
| FC 140 FR 24 TEMP 38.8 PESO 17.8 TALLA 1.05 | LEU 13.5 NEU 12 LIN 1 MON .5 EOS BASO 0 HB 12.5 HTO 37.6 PLT 324 BANDAS 1 TP 14.9 INR 1.06 TTP 30.2 GLU 125 BUN 9 CRT 0.54 | INCISION MCBURNEY, APENDICE RETROCECAL 6X1 CON NATAS FIBRINOPURULENTAS | ABDOMEN DOLOROSO A LA PALPACION EN FOSA ILIACA DERECHA, MCBURNEY, REBOTE, PSOAS, TAOPERCUSION, OBTURADOR + | DOLOR DIFUSO DE DOS DIAS IRRADIADO A FOSA ILIACA DERECHA (PARACETAMOL, BULTILHIOSINA, TRIMEBUTINA) + VOMITO X10 GASTRICO + FIEBRE X1 38C + DIARREA X3 | 4 | M | GIL GONZALEZ GIOVANI LIONEL | 671453 |
| FC 90 FR 18 TEM 36.7 PESO 31.7 | LEU 13.7 NEU 12.8 LIN 0.3 MON .5 EOS 0 BAS 0 HB | APENDICE FASE 2 | PERISTALSIS DISMINUIDA + RESISTENCIA MUSCULAR EN FOSA ILIACA DERECHA, | DOLOR DE 14HR COLICO MESOGASTRICO 8/10 IRRADIADO A FOSA ILIACA DERECHA + VOMITO X2 | 12 | M | RAMIREZ RUIZ Y GARCIA DIEGO ARTURO | 671053 |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|----|---|---|--------|
| TALLA 148 | 13.8 HTO 41.3 PLT 196 TP 14.4 INR 1.03 TTP24.3 GLU 101 BUN 8.4 CREA 0.6 | | MCBURNEY TALOPERCUSION + | | | | | |
| FC 100 FR 26 TEM 36.6 PESO 36.3 TALLA 127 | LEU 17.8 NEU 14.5 LINF 2 MON 1.2 EOS 0 BAS .1 HB 15.3 HTO 45.5 PLT 322 TP 18. INR 1.13 TPT 30.1 | MCBURNEY CON APENDICE DE 10 X 2 HIPEREMICA EDEMATOSA CON DATOS DE FIBRINA | DOLOROSO EN FOSA ILIACA DERECHA CON APENDICULARES + | DOLOR DE 19HR EN MESOGASTRIO IRRADIADO A FOSA ILIACA DERECHA + FIEBRE SIN CUANTIFICACION + VOMITO GASTROBILIAR X1 | 7 | M | MAYA BARONA EMILIANO | 642452 |
| FC 82 FR 16 TEMP 37 PESO 51.2 TALLA 166 | LEU 9.7 NEU 5 LIN 3.7 MON .7 EOS 2.2 BAS 0 HB 16.7 HTO 47.7 PLT 236 TP 13.5 INR .99 TPT 31.8 GLU 96 BUN 15.5 CRT .81 | MCBURNEY CON APENDICE PREHILIAR HIPEREMICA EDEMATOSA CON NATAS DE FIBRINA | DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA + MCBURNEY, ROVSING, PSOAS (+). | DOLOR EN FOSA ILIACA DER 3 DIAS OPRESIVO + FIEBRE DE 39C EN 3 DIAS | 14 | M | HERNANDEZ TREJO ISAIAS | 673961 |
| FC 89 FR 24 TEMP 38 PESO 19 TALLA 1.30 | LEU 20.1 NEU 17.2 LIN 1.6 MON 1.3 EOS 0 BAS 0 HB 13.4 HTO 39.4 PLT 215 BANDAS 2 TP 17 INR 1.2 TTP 29.4 GLU 90 BUN 9.1 CREA 0.39 | INCISION MEDIA INFRAUMBILICAL CON APENDICE PELVICO EMPLASTRONADO, 7 CM ISQUEMICO, NECROSADO Y PERFORADO EN 3ER MEDIO. | ABDOMEN CON PERSITALSIS DISMINUIDA, REBOTE Y MCBURNEY(+) | DOLOR DE 3 DIAS OPRESIVO PERIUMBILICAL IRRADIADO A FOSA ILIACA DERECHA + VOMITO BILIAR (TRATADO CON DIMETICONA Y NIFAROXAZIDA) HIPOREXIA + FIEBRE 38C | 5 | F | AGUILAR HERRERA VALERIA FERNANDA | 672060 |
| FC 108 FR 16 TEM 37 PESO 32.5 TALLA 127 | LEU 19.1 NEU 15.2 LINF 2.7 MON .8 EOS .4 BAS .1 HB 15.1 HTO 45.7 PLT 288 TP 12.7 INR 0.91 TPT 29.7 GLU 86 BUN 9.3 CRT 0.3 | INCISION MCBURNEY CON APENDICE 7X8 HIPEREMICA, EDEMATOSA, CON FIBRINA | ABDOMEN EN DOLOROSO EN FOSA ILIACA DERECHA CON MCBURNEY, ROVSING, PSOAS, ABDUCTOR, TALOPERCUSION +. | DOLOR DE 13 HRS EN EPIGASTRICO IRRADIADO A FOSA ILIACA DERECHA 10/10 + VOMITO X3 + DIARREA X3 | 9 | M | GAMBOA TELLES GABITO | 672062 |
| FC88 FR 20 TEMP 36.7 PESO | LEU 15.3 NEU 12.7 LIN 1.6 MON 1 EOS 0 | | REBOTE, MCBURNEY +; | DOLOR DE 1 DIA EN EPIGASTRICO QUE IRRADIA FOSA ILIACA DERECHA 8/10 + VOMITO X7 | 13 | M | VALENCIA VELASCO MARTIN | 670767 |

| | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 81 TALLA 1.71 | BAS 0 BANDAS 1 TP 16.2 INR 1.15 TTP 29.5 GLU 105 BUN 9.6 CREA 0.72 | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

11.3. Criterios de selección:

11.3.1. Criterios de Inclusión.

Expedientes de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda que egresaron de la División de Cirugía pediátrica en este hospital del 1º de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014, con reporte del cirujano de implantación anterior o retrocecal del apéndice cecal.

11.3.2. Criterios de exclusión.

Expedientes con datos incompletos

Expedientes con reporte de implantación diferente a la anterior y retrocecal (son casos muy raros), o bien que el cirujano no haya anotado el sitio de implantación del apéndice extirpado.

11.3.3 Criterios de eliminación.

No aplica

11.4. Definición de variables

| Tipo | Definición operacional | Variable |
|----------------------|---|---------------------------------------|
| Numérica continua | Tiempo transcurrido desde nacimiento hasta fecha actual. | Edad |
| dicotómica | Género asignado con respecto a caracteres sexuales y corporales | Sexo |
| Numérica continua | Días cursando con sintomatología sospechosa de cuadro abdominal | Tiempo con signos y síntomas |
| Politómica | Dolor abdominal Nauseas Vómito | Cuadro clínico |

| | | |
|-------------------|---|---|
| | Fiebre Diarrea Disuria | |
| Politómica | Parámetros paraclínicos empleados de manera coadyuvante para el diagnóstico de cuadro apendicular (biometría hemática, proteína c reactiva) | Estudios de laboratorio |
| Dicotómica | Posición del apéndice descrita en el transquirurgico | Hallazgos en la cirugía |
| Politómica | Edema, absceso, peritonitis, perforación, líquido libre en cavidad abdominal, fecalito. | Otros hallazgos de la cirugía |
| Ordinal | Grado de evolución de la enfermedad apendicular. | Fase de la apendicitis (reporte del cirujano) |
| Politómica | Descripción anatomopatológica de la pieza quirúrgica entregada por el servicio de cirugía. | Reporte de patología |
| dicotómica | Presentación o no de complicaciones (absesos, sepsis etc.) | Complicaciones |
| Númerica continua | Días de estancia intrahospitalaria posterior a realización de acto quirúrgico. | Tiempo de hospitalización |

11.4.1 Descripción de cada variable para todos los diseños (corresponde a la definición de ese parámetro en la cual nos basaremos para incluir al sujeto).

- Apendicitis aguda
- Implantación de apéndice cecal
- Fase de apendicitis aguda, I, II, III, IV
- Leucocitosis

- Neutrofilia
- Leucopenia
- Neutropenia
- Trombocitopenia

11.5. Descripción de procedimientos.

1. Se obtendrá el número de expediente de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda que fueron ingresados a la división de cirugía pediátrica clínica en el periodo comprendido entre Enero del 2010 a Diciembre del 2014 , datos obtenidos de la base de datos de la división de cirugía pediátrica.
2. De éstos expedientes solamente se analizarán aquellos a los que en la nota operatoria se especifique el sitio de implantación del apéndice cecal.
3. Estos expedientes serán revisados por los investigadores y se completará la hoja de captura de datos.
4. Las hojas de captura completas serán utilizadas para vaciar la información en una base de datos en el programa de Excel y se agruparán por paciente para su posterior análisis.
5. Se realizará el análisis con estadística comparativa.

11.6. Hoja de captura de datos.

No progresivo: _____
 Nombre: _____
 Registro: _____
 Fecha de ingreso: _____
 Fecha de egreso: _____
 Edad: _____
 Sexo: _____
 Tiempo con signos y síntomas: _____
 Días de hospital: _____
 Hallazgos de laboratorio: _____
 Hallazgos de cirugía: _____

(No se tomara como variable la radiografía de abdomen, ya que su interpretación es altamente subjetiva)

11.7. Calendario.

- 1.- Revisión bibliográfica: Enero y febrero del 2015
- 2.- Elaboración del protocolo: septiembre del 2015
- 3.- Obtención de la información: septiembre y octubre del 2015
- 4.- Procesamiento y análisis de los datos: octubre de 2015
- 5.- Elaboración del informe técnico final: noviembre de 2015
- 6.- Divulgación de los resultados: Septiembre de 2015

Fecha de inicio: 1º de enero de 2015.

Fecha de terminación: 30 de septiembre de 2015.

11.8. Recursos.

1 1.8. 1. Recursos Humanos.

Investigador Principal: Dr. Héctor Perea Carrión

Actividad: Búsqueda de bibliografía, elaboración del protocolo, revisión de expedientes, llenado de hoja de colección de datos, redacción de resultados, discusión y conclusiones.

Número de horas por semana: cinco

Investigador Responsable: Dr. Gerardo Flores Nava.

Actividad: supervisión en el escrito del protocolo, análisis estadístico de los datos.

Número de horas por semana: dos

11.8.2. Recursos materiales.

Los recursos que se requiere adquirir son:

- Lápiz
- Papel
- Fotocopias
- Costo aproximado de 500 pesos

Recursos con los que se cuenta:

1.8.3. Recursos financieros.

Desglose la cantidad erogada para cada uno de los siguientes rubros:

| | | | | |
|-----------------|-----------------|--------|----------|-------|
| Multiplique por | Multiplique por | Sueldo | Sueldo * | Cargo |
|-----------------|-----------------|--------|----------|-------|

| núm de semanas ⁽²⁾ | númhrs a la semana ⁽¹⁾ | por hora /160 | Neto mensual | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------|---------------|
| 8,756 | 44 | 199 | 31,867 | Jefe División |
| 3,597 | 44 | 81.76 | 13,082. | Residente III |
| 12,353 | | | | |

*Sueldo a mayo 2009

⁽¹⁾ Número de horas a la semana que dedica al protocolo

⁽²⁾ Número de semanas que durará el protocolo

| Total | Servicios generales (10%) | Equipo | Materiales, reactivos y procedimientos | Total de Recursos Humanos |
|--------|---------------------------|--------|--|---------------------------|
| 35,980 | 3,240 | 0 | 500 | 32,240 |

Los recursos se obtendrán de:
De los mismos investigadores.

12. VALIDACIÓN DE DATOS.

Se utilizará estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, mediana, moda, desviación estándar, proporciones o porcentajes.

Para el análisis estadístico comparativo entre el cuadro clínico de el grupo con apendicitis de implantación anterior contra la retrocecal se utilizará prueba de chi cuadrada, se considerará significativa la diferencia cuando el valor de p sea menor a 0.05.

13. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

14. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

RESULTADOS

Resultados.

Durante el periodo de estudio se revisaron un total de 78 expedientes, de los cuales 29 cumplieron con los criterios de inclusión y con los que realizó el análisis estadístico de sus características.

La edad de los pacientes se encontró en rango de 3 a 15 años con un promedio de 9 años y una desviación estándar de 3 años.

En el sexo predominó el masculino con 19 casos correspondiendo al 65.5%, del sexo femenino fueron 10 casos con promedio del 34.5%.

El 100% de los pacientes presentó dolor abdominal con predominio en fosa iliaca derecha en 23 de los casos con un 79.3%. En segundo lugar en hipogastrio con 3 casos promedio de 10.%, en tercer lugar en mesogastrio con 2 casos correspondiendo al 6.8%.

En cuanto a la intensidad del dolor en escala de uno al diez los pacientes refirieron un rango de 7 a 10, con un moda de 8 y desviación estándar de 0.8.

En cuanto al resto del cuadro clínico se encontró que el tiempo de evolución del dolor abdominal fue con rango de uno a 7 días y un promedio de 2 días con una desviación estándar de 1.

Los puntos apendiculares en la exploración física estuvo presente en prácticamente todos los pacientes 96.5%, solo no los presentó, tenía apenas un día con el dolor abdominal.

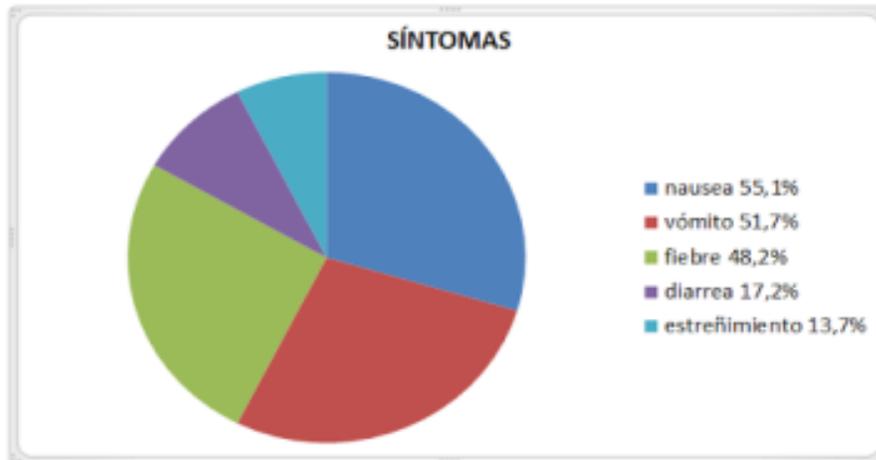
La náusea estuvo presente en 16 de los casos con un porcentaje de 55.1%.

Luego el vómito en 15 casos con 51.7%.

Fiebre la presentaron 14 de los casos con un porcentaje de 48.2%.

En cinco pacientes se acompañó de diarrea 17.2%.

Estreñimiento se encontró en cuatro paciente con un porcentaje de 13.7%.



A su vez de los 29 pacientes seleccionados , 11 presentaron en reporte transquirúrgico implantación retrocecal de apéndice , un total de 37% de los pacientes, de los cuales presentaron dolor abdominal en 100% , 3 (27%) pacientes acudieron con náusea, 4 (36%) presentaron vómito , 2 (18%) presentaban historia previa de estreñimiento y 2 (18%) se presentaban con diarrea.

En cuanto al resultado de estudio anatomopatológico de la apéndice en patología se reportó lo siguiente: Edematosa en 12 casos con 41.3%, perforada en siete casos 24.1%, necrosada en 20.6% y purulenta en cuatro casos 13.7%, de los 29 casos adicionalmente se encontró un absceso en tres casos 10.3%.

DISCUSIÓN

Discusión

El dolor abdominal en pediatría es una causa recurrente de atención en el servicio de urgencias, siendo el diagnóstico de apendicitis aguda uno de los más frecuentes. La problemática se presenta cuando el apéndice presenta una implantación retrocecal , ya que esto modifica en muchos casos la sintomatología que se presenta al momento de valoración. Por los datos que encontramos , los pacientes que padecen un cuadro apendicular agudo presentan en su totalidad dolor abdominal localizado y difuso, sin un patrón característico bien definido, acompañado en algunas ocasiones por otra sintomatología menos específica tal como , vómito, náusea, diarrea y constipación, lo que en muchas ocasiones se traduce en un retraso

diagnóstico importante, repercutiendo directamente en la morbimortalidad y pronóstico del paciente.

Conclusiones

Con los datos obtenidos y la descripción de la sintomatología que los pacientes con implantación retrocecal del apéndice nos demuestra que esta patología es de diagnóstico difícil y se necesita una alta tasa de sospecha.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Castro S. Castro A. *Apendicitis aguda en el niño: cómo enfrentarla*. www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/3_APENDICITIS%20AGUDA.pdf

2. Flores–Nava G. , Jamaica–Balderas, Landa–García A. , Parraguirre–Martínez, Lavalle–Villalobos. *Apendicitis en la etapa pediátrica: correlación clínico–patológica*. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.62 no.3 México may./jun. 2005

3. Wani I. *.K-Sign in retrocaecal appendicitis: a case series* Cases Journal 2009, 2:157

4. Oruc M, Muminagic S, Denjalic A, Tandir S, Hodzic H. *Retrocaecal appendix position: findings during the classic appendectomy*. MedArch 2012; 66:190–193.

5. Verdugo R, Olave E. *Características Anatómicas y Biométricas del Apéndice Vermiforme en Niños Chilenos Operados por Apendicitis Aguda*. Int. J. Morphol., 28(2):615-622, 2010.

6. Calvo Hernández L.D. *APENDICITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS*. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (602) 281-285, 2012

7. Wilches C., Celis S., Gallo A. Pinzón B. *¿Dónde está el apéndice cecal? Enfoque anatómico con tomografía computarizada multidetector* Rev Colomb Radiol. 2014; 25(1): 3889-95

8. Casado Méndez PR, Gallardo Arzuaga RL, Ferrer Macadán CE, Labrada González D. *Variantes morfológicas del apéndice cecal en el vivo*. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Ene-Feb; 36(1). Disponible en <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol1%202014/tema06.htm>

50



>

60