

11226
2ej
246

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CLINICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2



MORBILIDAD EN 70 CASOS
DE APENDICECTOMIA

TESIS

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR



EL MEDICO CIRUJANO

ELIAS Alejandro Roa Beaven

SECRETARIA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HERMOSILLO, SONORA

Vols.
[Signature]

Dr. José Felipe Carrillo Martínez
Clave: CS-1358

ASESORES

Dr. Adolfo Félix Loustaunau

Dr. Miguel Bernardo Romero *[Félix]*

[Signature]
1030
Dr. Miguel B. Romero Ta
Mat. 31870-9
Prof. Tula del Curo

**TESIS CON
FALLA DE ORDEN**

HERMOSILLO, SONORA, MEXICO, FEBRERO DE 1984.



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.

I N D I C E

I.-	Antecedentes	1
II.-	Planteamiento del problema	3
III.-	Justificación	3
IV.-	Objetivos	4
V.-	Material y Métodos	4
VI.-	Resultados y Discusión	6
VII.-	Conclusiones	13
VIII.-	Sugerencias	16
IX.-	Bibliografía	17
X.-	Cuadros	18

Los intentos de extirpar del organismo diferentes tipos de patología se remontan a tiempos inmemoriales. En cráneos -- provenientes de la Edad de Piedra, se encuentran trazos de trepanaciones que al parecer se llevaron a cabo con fines quirúrgicos. Lo seguro es que en Asia Occidental ya en el cuarto milenio A. de C., la cirugía era practicada con regularidad. Fueron los Babilonios y Sumerios los que dejaron las primeras constancias sobre Medicina y Cirugía (1). Así, encontramos que el progreso real de la cirugía en los últimos años no se ha derivado de técnicas más depuradas ni de manos más hábiles; este avance fundamental se debe a una comprensión más completa y más precisa de las alteraciones fisiopatológicas derivadas no solamente de la enfermedad que demanda un tratamiento quirúrgico, sino de las modificaciones que sufre el organismo durante el trauma quirúrgico, ésto aunado a los progresos metodológicos, anestésicos y el uso de los antibióticos han venido a disminuir las complicaciones infecciosas postoperatorias. Esto ha permitido que el acto operatorio en sí, sea menos agresivo y la mortalidad y morbilidad operatoria haya disminuído considerablemente en los últimos años (2).

La Apendicitis es el resultado de una forma especial de obstrucción intestinal; aproximadamente el 60% de los casos se relaciona con hiperplasia de los folículos linfoides submucosos

35% con existencia de fecalito, 4% con presencia de otros cuerpos extraños y 1% a tumoraciones. Se dice que 1 de cada 15 personas padece de apendicitis aguda en algún momento durante su vida. La mortalidad global para todas las formas de apendicitis aguda ha mostrado una disminución espectacular (3). En 1930, 15 de cada 10,000 personas fallecieron de ésta enfermedad; en 1960 ésta cifra disminuyó a 1 por cada 10,000. El tratamiento de una apendicitis no complicada (Apendicectomía) es curativo; el postoperatorio de corta duración y la frecuencia de mortalidad quirúrgica alrededor del 0.1%. El pronóstico de una apendicitis aguda perforada es más serio, y requiere de una convalecencia prolongada, las complicaciones son la regla y la mortalidad del 3 al 14% (4). Las complicaciones más comunes de la apendicectomía incluyen infección de la herida, abscesos subfrénicos, pélvicos e intraperitoneales, fístula fecal, pieloflebitis y obstrucción intestinal. En los pacientes que se practica apendicectomía, cuando no existe perforación las complicaciones postoperatorias son del 5% y en los pacientes con perforación o alteración isquémica (gangrena), asciende al 30%.

En nuestra Clínica Hospital General de Zona No. 2 (C.H.G.Z. No. 2), la apendicitis es también una de las patologías más frecuentes, sin embargo no encontramos información sobre su frecuencia real, sus complicaciones, así como los hallazgos que nos pudieran servir para compararlos con los datos an -

tes mencionados.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la C.H.G.Z. No. 2 que incluye la Residencia de Medicina Familiar de Hermosillo, Sonora, no se cuenta con un registro estadístico objetivo que nos indique la morbilidad de los casos apendicectomizados, así como su etiología. Ante esta situación se diseñó el presente estudio con el fin de sentar un precedente que sirva directamente a los Médicos y Directivos de la Institución para normar conductas y, de referencia para trabajos posteriores.

III.- JUSTIFICACION

La investigación debe partir de problemas para estudiarlos y proponer alternativas de solución. Consideramos que en nuestra Unidad existen infinidad de problemas que deben ser estudiados científicamente para conocerlos a fondo y poder encontrar la solución más adecuada.

El servicio de Cirugía es una de las áreas de más actividad en el hospital, sin embargo esta labor no se encuentra asentada como se quisiera y ni los Médicos Cirujanos ni las Autoridades son retroalimentadas acerca de la cantidad y calidad --

del trabajo que ese servicio lleva a cabo.

Es necesario pues, que la investigación en nuestro hospital, se inicie aunque modesta pero que a la larga va a ser útil y trascendente. Por tal motivo pensamos que la realización de nuestro estudio está plenamente justificado.

IV.- O B J E T I V O S

I) Determinar la frecuencia de la apendicectomía en la Clínica Hospital General de Zona No. 2.

II) Conocer la Morbilidad de la apendicectomía, estudiando una muestra de ellas.

III) Conocer las consecuencias físicas y administrativas de las complicaciones de la apendicectomía.

IV) Sensibilizar al personal Médico y Directivo de la Unidad, para el mejor registro de las actividades Médico quirúrgicas.

V) Proporcionar información de tipo descriptiva, que sirva de base para trabajos futuros.

V.- MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron las apendicectomías realizadas en C.H.G.- Z. No. 2 de Hermosillo, Sonora, del 1o. de Enero al 31 de Octu-

bre de 1983; Con los siguientes Criterios de Inclusión :

- a) Pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente en esta Unidad.
- b) Que tengan expediente clínico completo en la Unidad.
- c) Que hayan ingresado al servicio con un cuadro franco de patología apendicular.
- d) Que estén adscritos a la unidad.
- e) Que sean pacientes del régimen ordinario.
- f) Que tengan notas de control posterior a la apendicectomía, del servicio de Cirugía o de Medicina Familiar.

Y Criterios de Exclusión:

- a) Pacientes foráneos.
- b) Pacientes inmunodeprimidos o con patología agregada.
- c) Pacientes menores de 14 años.
- d) Pacientes eventuales temporales (por dificultad en el manejo del expediente clínico).

Tomando en cuenta lo anterior, sólo quedaron 70 casos, que reunieron dichos requisitos. Los motivos de exclusión de los casos restantes se encuentran en el cuadro No. 1.

Mediante un estudio retrospectivo y descriptivo se revisaron los expedientes de esos 70 pacientes apendicectomizados, revisándose las siguientes variables :

- 1) Características de los pacientes apendicectomizados.
- 2) Morbilidad de los pacientes apendicectomizados.

3) Consecuencias de las complicaciones de la apendicectomía.

A dichas Variables se les midieron los siguientes Indicadores :

Para la Variable 1) : Edad, sexo y hallazgos quirúrgicos.

Para la Variable 2) : Tipo y frecuencia de las complicaciones - transoperatorias, postoperatorias, intra-hospitalarias 15 y 30 días.

Para la Variable 3) : Días de estancia en el hospital, reingresos y días de incapacidad.

VI.- RESULTADOS Y DISCUSION

Revisando el informe mensual de Morbilidad hospitalaria (quirúrgica), en el período Enero a Octubre de 1983, se detectó que la Apendicectomía ocupa el 2do. lugar en frecuencia, de las intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo en la C.H.G.Z.- No. 2 de Hermosillo, Sonora, con 195 casos, de los cuales 140 - se registraron como apendicitis aguda y el resto como resultado de laparatomías exploradoras o asociadas a otro tipo de cirugía abdominal (Colecistectomía, Quistes Ováricos, ruptura de Folículo, etc.).

En el período arriba mencionado en esta unidad, se realizaron un total de 2862 intervenciones quirúrgicas (Cirugía ma

yor, reducciones abiertas y cerradas de fracturas y luxaciones, así como Cirugía menor); dentro de las cuales 1865 correspondieron a las 25 primeras causas de intervenciones quirúrgicas más frecuentes. De éstas, las 15 primeras, se enumeran en el cuadro No. 2.

De 140 apendicectomías reportadas como apendicitis aguda, 82 casos pertenecieron al sexo masculino y 58 al femenino, encontrándose una relación 1.3:1 respectivamente.

En nuestro universo de trabajo se encontró que 43 casos (61.42%), pertenecen al sexo masculino y 27 casos (38.58%), al femenino, haciendo una relación de 1.59:1 respectivamente.

En otros estudios se menciona que la relación masculino femenino es variable, dependiendo del grupo de edades, que en algunos casos llega a igualarse y en otros es de 3:1 (5).

En cuanto a la Edad, se encontró una Media de 26.7 años, Desviación Estándar de 12.47 años, Moda de 14 años y Rango de 73-14:59 años.

En el cuadro No. 3 relatamos con más detalle los hallazgos quirúrgicos por número y porcentaje, dentro de los cuales se encontraron 4 apéndices gangrenadas y perforadas, una de ellas con peritonitis generalizada, que fué uno de los abscesos de pared que ameritaron reingreso, alargando su estancia hospitalaria a 13 días y 70 de incapacidad.

Dentro de la Morbilidad de las apendicectomías estu -

diadas, hubo dos casos que cursaron con complicaciones en el -
transoperatorio:

Caso 1 .- La apéndice cecal se perforó al pinzarla, con la con-
siguiente salida de material purulento.

Caso 2 .- Una apéndice retrocecal abscedada que se abrió al deg-
pegarla con la misma consecuencia del caso anterior. Otro caso
de absceso que se drenó quirúrgicamente al exterior (absceso pe-
riapendicular (retrocecal)).

En las complicaciones postoperatorias intrahospitala --
rias se encontró lo siguiente : Dos casos de peritonitis co --
rrespondieron a apéndices perforadas. Una de ellas necrosada -
con fecalito en su interior, además pus libre y material feca -
loide en la cavidad abdominal que se manejó a base de lavado de
la cavidad, curaciones y antimicrobianos respondiendo favorable-
mente en corto tiempo. El otro caso fué la apéndice retrocecal
abscedada que se perforó durante el acto quirúrgico. El trata-
miento fué más largo prolongando su estancia hospitalaria du --
rante 18 días y hubo que extenderle incapacidad por 86 días.

3 infecciones de herida quirúrgica que evolucionaron sa-
tisfactoriamente con manejo médico en corto tiempo.

4 abscesos de pared que ameritaron reingreso al hospi-
tal y su evolución fué prolongada a pesar de debridaciones, cu-
raciones y antibiótico terapia.

1 caso reingresó con infección y eventración; cursó con

15 días de hospitalización y 70 de incapacidad.

Un caso de Neumonía izquierda con atelectasia y otra - de infección de Vías Respiratorias altas que se manejaron médicamente, evolucionando bien y resolviéndose en poco tiempo, - (2 a 5 días).

Complicaciones postoperatorias a los 15 días: 7 de los reingresos continuaban con infección de la herida quirúrgica, 4 de éstos manejados por la consulta externa de cirugía a base de curación diaria y antimicrobianos, citándolos frecuentemente para vigilar su evolución. Se presentó una nueva infección de herida quirúrgica de una apéndice retrocecal con plastrón - en fosa ilíaca derecha, que evolucionó favorablemente con manejo médico en 7 días. 4 granulomas por reacción a material de sutura (seda), que evolucionaron favorablemente al retirar dicho material y curación diaria. Cuadro No. 4.

Complicaciones a los 30 días: Se reportaron 6 granulomas por rechazo a material de sutura (seda), se manejaron igualmente retirando la seda con buen resultado en corto tiempo. 2 de las apéndices perforadas en el transoperatorio se encuentran aún infectadas y se manejan por la consulta externa de cirugía general a base de curación diaria de herida quirúrgica. Cuadro No. 4.

Sintetizando el total de casos complicados fueron 22 - (31.49%), de éstos, 12 (17.1%) correspondieron a infección de-

herida quirúrgica durante el postoperatorio; (6 pertenecieron a apéndices perforadas y otros 6 a apéndices abscedadas). Dentro de éstos, se presentaron 5 abscesos (7.1%): 4 abscesos de pared (tejido celular subcutáneo) y 1 absceso subaponeurótico.

Se determinó que la infección global en éste estudio - fué de 17.1%, cifra comparable con la de un estudio realizado por Myburgh en Africa del Sur, encontrando un 17% de infección de heridas (6). En otro estudio de 539 apendicectomías realizado por Kazarin en 1970, encontró un porcentaje de 16.4% en - casos de perforación de apéndice y peritonitis localizada, - 7.4% en los casos de apéndice purulenta o aguda y 35% en pa -- cientes con perforación y peritonitis generalizada (7). Cua -- dro No. 5. Sin embargo, existen otras series como en la de -- Cruse y Foord llevadas a cabo en Canadá de 62,939 operaciones -- donde el porcentaje de infección es de 4.7% (6), Cuadro No. 6. En las heridas consideradas como sucias donde se encontró pus, o que la apéndice estaba perforada, el porcentaje de infección en nuestro estudio fué de 48%, lo que también es comparable a -- lo que encontraron Cruse y Foord que obtuvieron en la serie an -- tes mencionada una proporción del 40%. Cuadro No. 7.

En nuestro estudio en las apéndices con inflamación a -- guda pero sin pus (herida contaminada), encontramos una propor -- ción del 20%, contrastando con un 15.2% del estudio de Cruse y Foord; En los casos considerados como herida limpia incluyen-

do en ésta la apendicectomía sin inflamación, no se encontró - infección en ninguno (5 apendicectomías profilácticas), los autores arriba mencionados reportan 1.5%. Cuadro No. 7.

Revisando la literatura, la frecuencia de exploración-quirúrgica negativa a diagnóstico de apendicitis aguda varía - entre 18-42%. Una operación innecesaria es una complicación - que debe evitarse lo más posible. (7).

Hubo otros dos casos : uno por infección de vías respi- ratorias altas y otro por neumonía atelectásica, ambas, cura - ron en poco tiempo. Las 8 restantes fueron granulomas por re- chazo a material de sutura (seda), en los cuales se vió una re- lación estrecha cuando se usó material no absorbible en heri - das consideradas como infectadas.

Consecuencias de las complicaciones :

Hubo 8 casos que regresaron al hospital por complica- ciones postapendicectomía; 4 de ellos correspondieron a apén- dices perforadas, 1 caso de apéndice abscedada con plastrón - en fosa ilíaca derecha que regresó con absceso subaponeuróti- co y ameritó debridación (12 días de hospitalización y 107 dí- as de incapacidad); 1 caso de granuloma por material de sutu- ra el cual se extrajo y evolucionando satisfactoriamente (9 - días de hospitalización y 58 de incapacidad; otro paciente -- que se reintervino por un absceso de pared con necrosis, y el último; otro caso de absceso de pared (apéndice perforada con

peritonitis generalizada) (13 días de hospitalización y 70 de incapacidad).

Dentro de los días de hospitalización de los 70 pacientes objetos del estudio, se encontró una Media de 6.42 días, Desviación Estándar de 2.53 días, Moda de 2 días y un Rango de 18-1: 17 días.

En los pacientes que no hubo ninguna complicación, el promedio de hospitalización fué de 2.2 días. En los pacientes con granulomas se observó un promedio de 6 días de hospitalización. Los casos que llevaron más días de hospitalización fueron los de heridas quirúrgicas infectadas con un promedio de 8.6 días y con un Rango de 8-6:2. Cuadro No. 8.

En un estudio hecho por Stone en 1979, demostró que -- las infecciones de las heridas postapendicectomía alarga la estancia del paciente hospitalizado (10.1 días en promedio), el costo de una cama en el hospital de Foothills es mayor de 200 dólares por día. Por lo tanto, una herida infectada cuesta - 2,000 dólares por la sola hospitalización. El costo total de un paciente con infección es mucho mayor cuando se toma en --- cuenta que dejó de trabajar y por consiguiente se le tienen -- que proporcionar las incapacidades correspondientes que se tra- ducen en mayor costo para la Institución.

Con respecto a los días de incapacidad, 26 pacientes o- perados no requirieron de ella por ser beneficiarios y 44 sí -

por ser asegurados. Aplicando las medidas de tendencia cen --
tral al total de los casos que las ameritaron, encontramos una
Media de 30.16 días de incapacidad (d.i.), Desviación Estándar
de 14.40 días, Moda de 28 días y Rango de 107-14: 93 d.i..

En los granulomas encontramos un promedio de 35 d.i. -
con Rango de 58-22: 36 d.i.

En el Cuadro No. 8 se describe con detalle el hallazgo
quirúrgico de la apendicectomía, relacionado con los días de -
incapacidad.

Por último, solamente en 10 expedientes se encontró el
informe del Anatomopatólogo, con la siguiente información :

Apendicitis Aguda supurada	, 2 casos
Apéndice con hiperplasia de folículos linfoides	, 1 caso
Apendicitis Aguda	, 5 casos
Apendicitis Aguda con periapendicitis	, 1 caso
Apendicitis Aguda moderada	, 1 caso.

VII.- C O N C L U S I O N E S

- 1) La apendicectomía ocupó el segundo lugar del total de in--
tervenciones quirúrgicas que se practicaron en ésta Unidad
- 2) Con mayor frecuencia en el sexo masculino.
- 3) La morbilidad fué de 31%.
- 4) La complicación más frecuente que se presentó fué la infec_

- ción de la herida quirúrgica en el 17% de los casos.
- 5) Hubo un porcentaje de 10% de apéndices perforadas, las cuales cursaron con infección en el 100% de los casos.
 - 6) En un 7% de las infecciones de herida quirúrgica se presentó absceso de pared y tuvo una relación estrecha con perforación o absceso de la apéndice cecal.
 - 7) La segunda complicación más importante fueron los granulomas por reacción a cuerpo extraño, material de sutura (se da), y se observó que en la mayoría de los casos se usó en heridas infectadas, lo que es una trasgresión de un principio quirúrgico que dice que no debe usarse materiales no absorbibles en presencia de patología de tipo infeccioso.
 - 8) Un 11.5% de los pacientes reingresó al hospital por alguna de las complicaciones mencionadas.
 - 9) Se encontró que existe una relación muy estrecha entre el grado de infección del apéndice con la morbilidad de la patología apendicular.
 - 10) En el 68.57% no hubo ninguna complicación y el promedio de días de hospitalización fué de 2.2 .
 - 11) En los pacientes con granulomas se encontró un promedio de 6 días de hospitalización.
 - 12) En los casos con heridas quirúrgicas infectadas se encontró un promedio de 8.6 días de hospitalización.

- 13) En los casos que no cursaron con ningún problema se les otorgó un promedio de 18 días de incapacidad.
- 14) El 62.8% ameritó incapacidad; en los pacientes con infección de herida quirúrgica se otorgó un promedio de 57 -- días de incapacidad; En los casos que formaron granulomas por seda se otorgó 35 días de incapacidad promedio.
- 15) Sólo en el 14% de los casos se encontró el informe histopatológico anexo al expediente. En la mayoría de los casos se reportó como Apendicitis Aguda.

SUGERENCIAS

- 1) Establecer un registro mensual o bimestral de las apendicectomías que se complican, para investigar que factores las propician y de ser posible influir con el fin de disminuir la morbilidad.
- 2) Evitar el uso de material no absorbible cuando se encuentre proceso infeccioso en las heridas.
- 3) Extremo cuidado en manejo de tejidos infectados tanto Médico como Quirúrgico.
- 4) Trabajar en conjunto con el comité de infecciones intrahospitalarias, en el estudio de las heridas infectadas; con el fin de que a la larga resulte en beneficio del paciente, Médicos e Institución.

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

- 1.- Barquin, M. "LA HISTORIA DE LA MEDICINA Y SU PROBLEMATICA"
Cuarta edición, México 1971.
- 2.- Rivadeneyra, F. "PRE Y POSTOPERATORIO", México 1972, 9 .
- 3.- Rhoads, Allen, Harkins, Moyer; "PRINCIPIOS Y PRACTICA DE -
CIRUGIA" , Cuarta edición, Editorial Interamericana, 1972;
886, 887, 889.
- 4.- Shackelford Richard T., "DIAGNOSTICO QUIRURGICO", Tomo II
Editorial Salvat Editores S.A., 1971; 1182, 1193, 1186.
- 5.- Davis-Christopher, "TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA", To--
mo I, Décima edición, Editorial Interamericana, 1974; 877,
879, 880, 890.
- 6.- Dr. Peter J.E. Cruse, E.I. Rosemary Foord, "EPIDEMIOLOGIA
DE LAS INFECCIONES DE HERIDA QUIRURGICAS", Clínicas Quirur
gicas de Norteamérica, Volumen I, Editorial Interamericana
1980; 26, 27 y 29.
- 7.- Dr. James H. Mason, Dr. Mitchel P. Byrne, Dr. Frederick C.
Gon, "CIRUGIA DEL APENDICE VERMIFORME", Clínicas Quirúrgi-
cas de Norteamérica, Volumen Diciembre, Editorial Interame
ricana, 1977; 1305, 1308.

Cuadro No. 1
 MOTIVOS DE EXCLUSION DE PACIENTES, DEL
 ESTUDIO DE APENDICECTOMIAS.

Pacientes foráneos	15	7.69%
Bajas	9	4.61%
Patología agregada	13	6.66%
No se encontró expediente	11	5.64%
Menores de 14 años	8	4.10%
Pacientes eventuales temporales	49	25.12%
Expediente incompleto	10	5.12%
Total pacientes excluidos	125	64.10%

GRUPOS POR EDAD Y SEXO DE
LOS 70 PACIENTES APENDICECTOMIZADOS.

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10-14 años	7	10.00	1	1.40	8	11.40
15-19 años	9	12.80	7	10.00	16	22.80
20-24 años	13	18.50	8	11.40	21	29.90
25-29 años	4	5.70	3	4.20	7	9.90
30-34 años	3	4.20	3	4.20	6	8.40
35-39 años	2	2.80	1	1.40	3	4.20
40-44 años	2	2.80	1	1.40	3	4.20
45-49 años	2	2.80	0	0.00	2	2.80
50-54 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
55-59 años	0	0.00	1	1.40	1	1.40
60-64 años	0	0.00	1	1.40	1	1.40
65 y más	1	1.40	1	1.40	2	2.80
Totales	43	61.42	27	38.58	70	100

Período: Enero/Octubre de 1983.

C.H.G.Z. No. 2, Hermosillo, Sonora.

Fuente: Expedientes clínicos I M S S .

CUADRO COMPARATIVO PORCENTUAL DEL
TOTAL DE OPERACIONES Y A P E N D I C E C T O M I A S.

Total de intervenciones quirúrgicas	2866	100 %
Primeras 25 intervenciones quirúrgicas más frecuentes.	1867	65.23%
Total de Apendicectomías	195	6.81%

Período: Enero/Octubre de 1983.
C.H.G.Z. No. 2, Hermosillo, Sonora.

Fuente: Informe mensual de Morbilidad hospitalaria forma 4-31-6 MP/82.

Cuadro No. 2
PRIMERAS QUINCE INTERVENCIO-
NES QUIRURGICAS MAS FRECUENTES.

	Operación efectuada	No. o- perac.	%
1	Reducción de fracturas y luxaciones	220	7.67
2	Apendicectomías	195	6.80
3	Operación (op.) de vías biliares	183	6.38
4	Hernioplastías	179	6.24
5	Cirugía urológica (vejiga, riñón, uret)	150	5.23
6	Op. de la piel y tejido celular sub- cutáneo	108	3.76
7	Op. de las articulaciones	99	3.45
8	Op. del cristalino y cuerpo vítreo	94	3.28
9	Op. de nariz y senos paranasales	90	3.14
10	Patología anorectal	90	3.14
11	Op. de la faringe y amigdalectomías	75	2.61
12	Op. de los vasos sang. periféricos	63	2.19
13	Op. del oído medio	59	2.05
14	Op. del tiroides y paratiroides	52	1.81
15	Op. del estómago	40	1.39
	T o t a l	1697	59.23

Período: Enero/Octubre de 1983.

C.H.G.Z. No. 2, Hermosillo, Sonora.

Fuente: Informe mensual de Morbilidad
hospitalaria forma 4-31-6 MP/82.

Cuadro No. 3
**HALLAZGOS QUIRURGICOS EN 70 CASOS DE APENDI
 CECTOMIA, NUMERO DE CASOS Y RELACION PORCENTUAL.**

	Estado de la Apéndice cecal	No.de casos	%
1	Edematosa e Hiperémica	20	28.57
2	Necrótica y supurada	16	22.85
3	Edematosa con fibrina y Reacción periapendicular	7	10.00
4	Profiláctica	5	7.14
5	Inflamada delimitada con epiplón	5	7.14
6	Edematosa retrocecal supurada	3	4.28
7	Abscedada con plastrón	3	4.28
8	Necrosada y perforada	3	4.28
9	Con líquido libre en cavidad	2	2.85
10	Perforada en acto quirúrgico	2	2.85
11	Con ciego acartonado	1	1.42
12	Abscedada retrocecal perforada	1	1.42
	T o t a l	70	100%

Período: Enero/Octubre de 1983
 C.H.G.Z. No. 2, Hermosillo, Sonora.

Fuente: Expedientes clínicos I M S S.

Cuadro No. 4
COMPLICACIONES ENCONTRADAS
EN 70 CASOS DE APENDICECTOMIA.

Complicaciones	Número de casos	Tipos de complicación y número	
Transoperatorias	2	perforación- apendicular	2
Postoperatorias intra-hospitalarias	14	infección de herida	5
		absceso de pared	5
		peritonitis	2
		infección respiratoria	2
Postoperatorias a los 15 días	11	granulomas	4
		infección de herida	7
Postoperatorias a los 30 días	10	granulomas	8
		infección de herida	2
T o t a l	22	algunos pacientes evolu- cionaron con más de una complicación.	

Período: Enero/Octubre de 1983.

C.H.G.Z. No. 2, Hermosillo, Sonora.

Fuente: Expedientes clínicos I M S S .

Cuadro No. 5 RELACION ENTRE HALLAZGO QUIRURGICO DE APENDICE CECAL Y PORCENTAJE DE INFECCION.	
Hallazgo Quirúrgico	% de infección
Apéndices sanas	0.3
Purulentas o agudas	7.4
Perforación y peritonitis localizada	16.4
Perforación y peritonitis generalizada	35.0

Estudio de 539 casos de Apendicectomía

Referencia bibliográfica 7.

Cuadro No. 6
ANALISIS DE PROPORCIONES DE
INFECCION SEGUN LOS TIPOS DE HERIDA.

Heridas	Número total	Número infectados	%
Limpias	47,054	732	1.5
Limpias contamin.	9,370	720	7.7
Contaminadas	4,442	676	15.2
Sucias	2,093	832	40.0
Globales	62,939	2,960	4.7

DEFINICIONES

Herida limpia: No se observó infección. No hubo errores en la técnica aséptica. No se abrió ningún órgano muscular hueco. Sin embargo, se incluyeron tres operaciones -colecistectomía, apendicectomía e histerectomía- en esta categoría si no hubo inflamación alguna.

Herida limpia contaminada: Se abrió un órgano muscular hueco, pero tuvo lugar un escape mínimo de contenido.

Herida contaminada: Se abrió un órgano muscular hueco. Escape profuso de su contenido; o se descubrió inflamación aguda sin formación de pus. Se incluía en este grupo una herida traumática de fecha menor de cuatro horas, igual que operaciones llevadas a cabo con un error importante en la técnica de asepsia.

Herida sucia: Al operar se encuentra pus, o una víscera perforada. En esta categoría se incluye cualquier herida traumática producida por más de cuatro horas.

Referencia Bibliográfica 6.

Cuadro No. 7
 ESTE ESTUDIO COMPARA LAS CI-
 FRAS ACTUALES DE INFECCION DE HERIDAS.

A u t o r	País	No. de o- peracion.	%
Clarke	Inglaterra	382	13.6
Robertson	Canadá	1,917	9.3
Williams y col.	Inglaterra	722	4.7
Public Health Laborato- ry Service	Inglaterra	3,276	9.4
Rountree y col.	Australia	198	14.0
Myburgh	Africa del Sur	No indi- cado	17.0
National Research Coun- cil	Estados Unidos	15,613	7.5
Cruse y Foord	Canadá	62,939	4.7

Referencia bibliográfica 6 .

Cuadro No. 8
ESTADO DEL APENDICE Y SU RELACION CON EL
PROMEDIO DE DIAS DE HOSPITALIZACION E INCAPACIDAD.

	A p e n d i c e	d.h.	d.i.
1	Sana	2.8	27.6
2	Edematosa e hiperémica	2.7	24.5
3	Necrótica y supurada	2.3	23.5
4	Inflamada delimitada con eniplón	3.5	32.3
5	Edematosa con fibrina y reacción perianapendicular	1.7	20.7
6	Edematosa retrocecal supurada	1.7	23.5
7	Con ciego acartonado	3.0	29.0
8	Abscedada con plastrón	7.0	68.5
9	Con líquido libre en cavidad	2.0	25.5
10	Abscedada retrocecal perforada	15.0	70.0
11	Necrosada y perforada	6.0	42.0
12	Perforada en acto quirúrgico	10.0	68.0

(d.h.): días de hospitalización

(d.i.): días de incapacidad

Período: Enero/Octubre de 1983.

C.H.G.Z. No. 2, Hermosillo, Sonora.

Fuente: Expedientes clínicos I M S S .