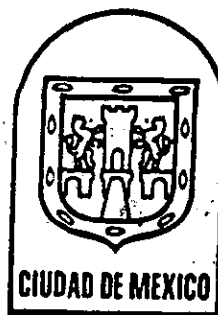




UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION



11237

69
2ej

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO
FEDERAL

DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

UNIDAD DEPARTAMENTAL DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
PEDIATRIA

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL RETRASO
DEL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA
EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS"

TRABAJO DE INVESTIGACION

C L I N I C A

P R E S E N T A :

DRA. ROSAURA FABIAN VELASCO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS: DR. LUIS MANUEL GARCIA CABELLO

1998

277102

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

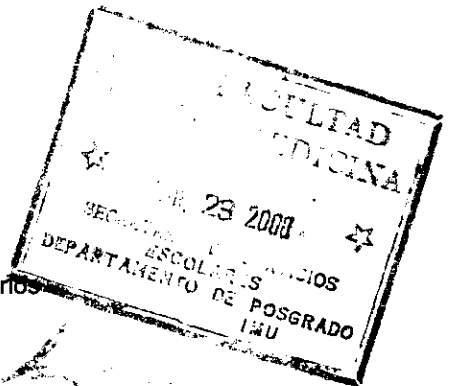
Vo.Bo.

Dr. Jesús Mario Altamirano Fernández

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Pediatría

Vo.Bo.

Dra. Cecilia García Barrios



Directora de Enseñanza e Investigación

INSTITUTO MEXICANO DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS: Por permitir servir a mis semejantes con amor y respeto, y ofrecerme la oportunidad de haber culminado felizmente uno de mis más apreciados anhelos.

A LOS NIÑOS: Gracias por haber aprendido y seguir aprendiendo de ellos, a su nobleza y ternura eterna que sólo ellos poseen.

A MI FAMILIA: Gracias a que me brindaron siempre su apoyo incondicional, al cariño y educación los cuales forman parte de lo que ahora soy.

A MI ASESOR: Gracias a que es una magnífica persona y a su apoyo durante la estancia en el Hospital y a la elaboración de este trabajo.

AL HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA: Agradezco infinitamente a todos y cada uno de los que forman parte de él, a la enseñanza y amistad que me brindaron siempre.

INDICE:

I. AGRADECIMIENTOS	3
II. RESUMEN	5
III. INTRODUCCIÓN	6
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	9
V. RESULTADOS	11
VI. DISCUSIÓN	13
VII. CONCLUSIONES	15
VIII. SUGERENCIAS	16
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
X. ANEXOS	19

RESUMEN:

Se analizaron retrospectivamente a 203 expedientes de niños menores de 5 años con el diagnóstico de apendicitis aguda, en el Hospital Pediátrico Moctezuma, en un periodo comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1996. Se eliminaron a 9 pacientes ya que el diagnóstico postquirúrgico fue diferente al de apendicitis aguda. Se encontró que el 63% de los pacientes estudiados correspondieron al sexo masculino, y la edad de mayor frecuencia fué entre los 4 y 5 años correspondiendo a un 58%. La sintomatología más frecuente fue dolor abdominal, fiebre y vómito, así mismo en la exploración física se halló el signo de Mac Burney y rebote positivo. El tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta el diagnóstico preoperatorio por más de 24 horas fue de un 82%. El 92% fue medicado tanto por facultativos como por personal empírico, y de ellos el 44% recibieron combinadamente tres o más fármacos que figuraron desde antibióticos, antipiréticos, antieméticos, analgésicos o antiparasitarios. Solo el 8% del total de los pacientes no recibieron fármaco alguno.

La fórmula blanca de la biometria hemática, resultó en todos los casos neutrofilia y en casos complicados, leucocitosis. El signo radiológico observado fue la presencia de niveles hidroaereos en fosa iliaca derecha, representando un patrón obstructivo. De los hallazgos quirúrgicos, constituyó el 47% el de apéndice perforada. La integración diagnóstica ante un paciente con dolor abdominal constituyó más del 50% el de apendicitis complicada, lo cual representa a que una gran parte de esta patología es diagnosticada tardíamente.

INTRODUCCIÓN:

La apendicitis aguda representa una patología de interés debido a su alta morbilidad en el campo del área pediátrica ocupando la primera causa de intervención quirúrgica de urgencia (1,2,3). Desde 1991 a 1996 representa la primera causa de síndrome doloroso abdominal en la edad preescolar y escolar del Hospital Pediátrico Moctezuma (4). Sin embargo, este padecimiento en edades menores es de presentación singular, poco característica y en ocasiones confusa. Por lo que frecuentemente su diagnóstico y tratamiento se retrasan y las complicaciones aumentan (5), por lo tanto surgen como un reto para el médico general, pediatra y hasta el mismo cirujano pediatra enfrentarse ante un paciente con estas características. Cuando el intervalo entre el inicio de la sintomatología del curso natural de la enfermedad y la integración diagnóstica se extiende, generalmente está asociado con mayor número de complicaciones que pueden poner en peligro la vida, a la vez que conllevan una estancia hospitalaria prolongada, así mismo a un mayor costo para la institución.

Uno de los factores más importantes en la patogénesis de la apendicitis es la obstrucción del lumen del apéndice secundario a cuerpos extraños, coprolitos, materia fecal espesa, hiperplasia linfoidea, parásitos o infección bacteriana, lo que ocasiona aumento de la presión intraluminal distal, favoreciendo la estasis y el sobre crecimiento bacteriano local que al progresar invade la pared, generando edema, ingurgitación venosa, trombosis, ulceración, necrosis y perforación. (5,6). Por contiguidad o por la perforación aparece una grave contaminación peritoneal por microorganismos aerobios y anaerobios los cuales son causantes de las complicaciones posquirúrgicas. La siguiente clasificación refleja los estadios clinicopatológicos de la apendicitis: simple, supurada, gangrenada, perforada y abscedada (5,6,7,8).

Las manifestaciones clínicas comprenden dolor abdominal localizado inicialmente en el área abdominal periumbilical, manifestación de la distensión del apéndice, es progresivo, pungitivo, y después de pocas horas de evolución se localiza en la fosa ilíaca derecha, pudiendo ser de tipo cólico, intenso, secundario

a la irritación peritoneal parietal. Anorexia, vómito y fiebre son importantes síntomas familiares de la apendicitis. Variaciones de los síntomas pueden ser causados por otras enfermedades o localizaciones anatómicas inusuales del apéndice cecal, además de la modificación secundaria a la medicación previa. (10,11,12,13,14).

La apendicitis aguda se relaciona frecuentemente con leucocitosis como manifestación de infección bacteriana grave, aunque puede ser infrecuente si la cifra leucocitaria sobrepasa a 25 mil en ausencia de perforación (15), neutrofilia y bandemia generalmente precede de la leucocitosis, sin embargo la biometría hemática normal no descarta el diagnóstico de apendicitis aguda (15,16,17,18,19,20).

De los estudios radiológicos la tele de tórax permite descartar la posibilidad de neumonía del lóbulo pulmonar derecho, y la abdominal aporta datos importantes como escoliosis antálgica, borramiento del psoas derecho y grasa preperitoneal, niveles hidroaéreos en fosa iliaca derecha, ausencia de aire en cuadrante inferior derecho, líquido libre intraperitoneal y fecalito, el cual este último se considera patognomónico de la enfermedad. El ultrasonido y colon por enema llegan a ser útiles en algunos casos.(21).

Las entidades patológicas a considerar dentro del diagnóstico diferencial son muy diversas e incluyen dentro de las más frecuentes: divertículo de Meckel, torsión ovárica, perforación intestinal, torsión de epiplón, infecciones entéricas, adenitis mesentérica, infección urinaria, síndromes oclusivos, así como entidades no tan frecuentes pero que pueden llegar a confundirse. cetoacidosis diabética, intoxicación por plomo, fiebre reumática, vasculitis, epilepsia abdominal, porfiria, anemia de células falciformes entre otras.

El diagnóstico deberá basarse en los antecedentes, cuadro clínico y la exploración física minuciosa, aunado a los elementos del apoyo diagnóstico. El tratamiento es inmediato mediante intervención quirúrgica urgente. El postoperatorio y el uso de antimicrobianos en casos necesarios reducen el número de complicaciones, que van desde la infección de la herida quirúrgica,

abscesos intraabdominales y sepsis grave; entre otras. El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico oportuno son los factores que mejor favorecen el pronóstico y es desfavorable si el diagnóstico se retrasa y por ende el tratamiento quirúrgico con las consecuentes complicaciones y costos que esto implica. (22,23,24,25,26)

Una vez establecido el conocimiento sobre la magnitud de esta patología, comprendemos a la vez que el diagnóstico de la apendicitis aguda en lactantes y preescolares es en ocasiones difícil de establecer y representa un desafío aun para el médico más experimentado, de ahí que frecuentemente pase desapercibido y sea confundido con otras enfermedades, prolongándose así su identificación y su manejo, lo que conduce generalmente a una tasa significativamente alta de morbimortalidad. Existen ciertas situaciones como cuadro clínico modificado por medicamentos, pacientes con padecimientos neurológicos, niños estoicos o que a la vez los estudios de laboratorio y gabinete no apoyan del todo hacia su diagnóstico, por lo que son de gran importancia tenerlos en consideración cuando contactamos a un paciente ante esta problemática y habrá que resolverla en el menor tiempo posible. Con este estudio se pretende realizar un análisis retrospectivo para establecer en primer lugar los factores que retrasen el diagnóstico de la apendicitis aguda, además de establecer el perfil clínico de esta enfermedad, sus características, hallazgos de laboratorio y gabinete, así como identificarla tempranamente, y por ende contribuir de alguna manera a disminuir la tasa de morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este estudio fue realizado en el Hospital Pediátrico Moctezuma, en un periodo comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1996, el cual fue retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

Se analizaron 211 expedientes en el periodo comprendido de los cuales fueron eliminados 9, cuyos hallazgos postquirúrgicos fueron diferentes al de apendicitis.

Se determinaron los siguientes criterios de inclusión:

- Edad menor de 5 años.
 - Historia clínica completa, notas pre y postoperatorias.
 - Biometría hemática completa y radiografía abdominal proyección anteroposterior a su ingreso.
 - Diagnóstico pre y postoperatorio de apendicitis aguda.
- se excluyeron a los pacientes cuya edad fue mayor a 5 años.

Los objetivos planteados fueron:

- *Identificar la sintomatología más frecuente hallada en el niño con apendicitis aguda.
- *Conocer el tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta la determinación del diagnóstico preoperatorio.
- *Conocer los tipos de medicamentos administrados previamente a la sintomatología apendicular.
- *Describir los hallazgos más comunes en los estudios de laboratorio y gabinete a su ingreso.
- *Describir los hallazgos más comunes de la exploración física del paciente con apendicitis aguda.
- *Relatar la frecuencia de los hallazgos postquirúrgicos confrontando a los

diagnósticos de ingreso..

*Conocer los diagnósticos preoperatorios establecidos de los pacientes estudiados.

La obtención de los datos fue mediante recuento por paloteo, el plan de análisis estadístico mediante promedios y se representaron por medio de gráficos de pastel y barras, y tablas.

RESULTADOS :

Se intervinieron quirúrgicamente a 203 niños con apendicitis aguda menores de 5 años, dentro del período de enero de 1994 a diciembre de 1996. Se encontró que en relación al sexo, 76 pertenecieron al sexo femenino (37%) y 127 al masculino (63%), (ver gráfico 1). En relación al grupo etario, el 6% correspondió a menores de 1 año de edad, 11% al grupo de 2 años, 25% para el de 3 años , 28% y 30% para el de 4 y 5 años respectivamente (ver gráfico 2).

La sintomatología más frecuente encontrada correspondió a dolor abdominal en el 100% de los pacientes, fiebre en el 95% y vómito en el 89%. La diarrea se presentó en el 15% y constipación en el 6%. El grupo de la sintomatología "otros" incluyó irritabilidad, distensión abdominal, malestar general, hiporexia , correspondiendo al 18% (ver gráfico 3).

El tiempo transcurrido con relación al inicio de la sintomatología al diagnóstico preoperatorio, para menos de 24 horas fue del 18% y más de este tiempo el 82%. (Ver gráfico 4).

De los pacientes medicados (92%) recibieron antibióticos en un 8%, antipiréticos 18%, antieméticos 3%, antiespasmódicos 3%, antiparasitarios 1%. La combinación de tres o más fármacos fué del 44%. No se especificó el tipo o tipos de fármacos administrados en un 13%, no se administró ningún medicamento en un 8% de los pacientes y 2% de ellos recibieron "otros", que incluyeron desde aceite de ricino, gel de hidróxido de aluminio y magnesio, carbonato de calcio y ácido acetil salicílico, (ver gráfico 5 y 6). En los resultados de la fórmula blanca de la biometría hemática de ingreso, se halló que el 66% tuvo una cifra leucocitaria normal, 33% leucocitosis y 1% leucopenia. Con relación a la diferencial, el 16% tuvo neutrófilos totales normales, 83% neutrofilia, 1% neutropenia, 74% bandas totales normales y el 26% bandemia. (Ver gráfico 7). Los hallazgos radiológicos más frecuentes se dividieron en 6 grupos a saber: la presencia de niveles hidroaéreos (54%), borramiento del psoas derecho (10%), fecalito (3%), escoliosis antálgica (7%), y asa centinela (1%), así como la combinación de dos o más hallazgos (excepto el fecalito) en un 20%. El 5% de los pacientes contaron con

una radiografía abdominal de mala técnica la cual no fué valorable (ver gráfico 8). A la exploración física, el 100% presentó el signo de Mc Burney y rebote positivo, el 62% dolor al tacto rectal y el 3% la palpación de un plastrón en fosa iliaca derecha. (Ver gráfico 9).

Todos los pacientes se intervinieron quirúrgicamente y se clasificaron de acuerdo a los hallazgos en 5 grupos, resultando con apéndice simple o edematosa 11%, abscedada 6%, gangrenada 22% supurada 14% y perforada 47% (ver gráfico 10). El 39% de los pacientes con más de 24 horas de evolución de la enfermedad, presentó apéndice perforada y menos de 24 horas apéndice supurada en un 11%, con mayor frecuencia dentro de los hallazgos postquirúrgicos. (Ver tabla 1).

Los diagnósticos integrados preoperatoriamente fueron: síndrome doloroso abdominal 31%, apendicitis complicada 54%, oclusión intestinal 6%, íleo 5%, gastroenteritis 1%, adenitis mesentérica 3% (ver gráfico 11). Con relación a los hallazgos quirúrgicos y los diagnósticos preoperatorios se ingresaron inicialmente como apendicitis complicada y cuyo hallazgo quirúrgico fue apéndice perforada en un 27%, supurada en un 11%, abscedada en un 9%. En el síndrome doloroso abdominal 9% tuvieron apéndice edematosa, 7% perforada y 6% supurada. El 1% de los pacientes ingresaron como íleo y gastroenteritis resultando apéndice supurada y perforada, 1 caso resultó apéndice edematosa, cuyo diagnóstico de ingreso fué adenitis mesentérica. (Ver gráfico 12).

DISCUSIÓN:

Se analizaron en el presente estudio los expedientes de 203 pacientes menores de 5 años, de ambos sexos, con el diagnóstico postquirúrgico de apendicitis aguda, intervenidos en el departamento de Cirugía del Hospital Pediátrico Moctezuma, en un periodo comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1996. Se eliminaron a 9 pacientes cuyos hallazgos postquirúrgicos fueron diferentes al de apendicitis: vólvulus intestinal (3), perforación intestinal por áscaris (1), divertículo de Meckel (1), pancreatitis necrótico-hemorrágica (1), Invaginación intestinal (1), perforación intestinal por síndrome de Kempe (1), oclusión intestinal por bridas (1). Se excluyeron los expedientes que comprendía pacientes de edades mayores a 5 años. Del total de los pacientes estudiados, predominó el sexo masculino sobre el femenino, aproximadamente en una relación 2:1, muy semejante a lo que nos reporta la literatura en relación a la frecuencia y predominancia del sexo en esta patología (1,2,3,4). La edad predominante fue la preescolar, los lactantes ocuparon sólo el 17%, no obstante hubo 1 caso menor de edad, correspondiendo como lo han referido varios autores que a menor edad es menos común los casos de esta patología pero no hay que descartarla entre una de tantas posibilidades(1,2,3,15,19).

La sintomatología más frecuente incluyó dolor abdominal, vómito y fiebre, tal como lo refieren varios autores, (2,3,5,6,7).La sintomatología inespecífica ocupó el 18% de los casos, la cual es la que se refiere en los lactantes, la cual generalmente es confundida o considerada como parte de otras patologías igualmente inespecíficas. (1,2,3,7,9,20).

En el 18% de los pacientes se integró el diagnóstico preoperatorio durante las primeras 24 horas, y más de este tiempo en el 82% y se relacionó con la frecuencia de apendicitis complicadas en los hallazgos quirúrgicos, lo cual determina que el retraso en la detección de los síntomas, tuvo relación con la frecuencia de apéndices complicadas. (3,7,9,11).

Los pacientes que recibieron algún tipo de fármaco (92%), incluyeron tanto facultativos, como personal empírico no especificados en las notas de ingreso,

encontramos que el 44% fue de forma combinada, es decir tanto antibióticos, antipiréticos, antiespasmódicos, etc., solo el 8% no recibieron fármaco alguno. Rodríguez, Orozco y Cols. también han descrito la frecuencia elevada de medicación y la han asociado a mayor número de complicaciones, (3,5,6,19,20). La fórmula blanca de la biometría hemática mostró en este estudio la presencia de neutrofilia y cuenta leucocitaria normal, sin embargo la gran parte de los autores concuerdan que leucocitosis y neutrofilia son los hallazgos más comunes, aunque también consideran que tan sólo una biometría hemática normal no excluye el diagnóstico. (3,5,7,10).

La radiografía abdominal en posición de pie con proyección anteroposterior, se encontró niveles hidroaéreos en un 54% con mayor frecuencia y más de 2 hallazgos en un 20%, representando en el primer caso un patrón obstructivo. El fecalito se halló en un 3%, no siendo un signo tan común en contraste a mayores edades (15,22,25).

Los hallazgos en la exploración física fueron punto de Mac Burney y rebote positivo, los cuales son muy orientadores ante la inflamación apendicular y de irritación peritoneal, estos hallazgos lo han descritos también varios autores, (3,5,7,9,12,15).

Los diagnósticos integrados preoperatoriamente correspondieron con mayor frecuencia a una apendicitis complicada teniendo relación proporcional a los hallazgos postquirúrgicos. El síndrome doloroso abdominal tuvo también relación a los hallazgos postquirúrgicos de apéndice perforada. No se encontró esta correlación en la literatura, pero posiblemente sugiere que la clínica y la evolución de la enfermedad por sí misma aunado al apoyo de laboratorio y gabinete hace más obvio su diagnóstico orientado ya hacia la complicación, pese a esto existen dificultades para establecer el diagnóstico en algunos casos, (ver gráfico 12).

CONCLUSIONES :

1. La apendicitis aguda constituye un padecimiento frecuente en edades preescolares, observándose en este estudio que en relación a la edad de los lactantes, los más frecuentes.
2. Predominó el sexo masculino , en una relación de 2:1.
3. A mayor tiempo transcurrido del inicio de la sintomatología hasta su diagnóstico y tratamiento quirúrgico, su evolución se complica.
4. Todos los pacientes que fueron medicados, presentaron una evolución complicada.
5. La sintomatología mas frecuente comprendió dolor abdominal, vómito y fiebre.
6. La fórmula blanca resultó con mayor frecuencia neutrofilia, aunque la cifra leucocitaria y el recuento de bandas totales fueron normales.
7. El signo radiológico con mayor frecuencia fue la presencia de niveles hidroaéreos en el cuadrante inferior derecho. representando un "patrón obstructivo".
8. De los hallazgos quirúrgicos constituyó casi el 50% la apendicitis complicada, del total de los pacientes estudiados.
9. La integración diagnóstica ante un paciente con dolor abdominal constituyó más del 50% el de una apendicitis complicada.
10. Hubo relación entre el diagnóstico preoperatorio y los hallazgos postquirúrgicos.

SUGERENCIAS.

- Realizar un estudio que incluya además del tipo de fármaco administrado, tipo de personal que lo indicó y el tiempo de éste antes del diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, correlacionar con el perfil clínico de la enfermedad y el grado de retraso del diagnóstico.
- Realizar un estudio más amplio en cuanto a los costos y la estancia hospitalaria de los pacientes con apendicitis complicadas, describiendo a su vez tales complicaciones.
- Indagar la frecuencia exclusiva de apendicitis en niños menores de un año, pronóstico y morbimortalidad, además de su perfil clínico.
- Fomentar a todos los médicos incluyendo a los especialistas de la materia el conocimiento de esta patología así como de integrar un diagnóstico temprano.
- Enfatizar la importancia de la promoción del conocimiento de esta patología tanto a los médicos en general y a los padres de familia con el fin de evitar la “automedicación” o medicación indiscriminada y tratar de disminuir la modificación del cuadro y por ende las complicaciones que esto implica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Franco del Río et al. Apendicitis aguda en el niño. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Volumen 46 Número 1. Enero 1989. Pp. 35-40.
2. Vydia T. Chande, et al. Role of primary care provider in expediting care of children with acute appendicitis, Arch. Pediatr. Adolesc. Med. Vol. 50 July 1996 703-706.
3. Orozco-Sánchez. Apendicitis en el niño. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Vol. 45 Abril 1988. 271-274.
4. Archivos de Estadística del Hospital Pediátrico Moctezuma.
5. Orozco-Sánchez, Apendicitis aguda en los primeros tres años de la vida: presentación de 72 casos y revisión de la literatura. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Número 4 abril, 1993. 258-264.
6. Ronald A Clatworthy, Appendiceal Rupture: A continuing diagnostic Problem.
7. Neilson, et al. Appendicitis in children: current Therapeutic recomendatios. Journal of pediatric Surgery, Vol 25 N° 11, 1990, pp 1113-1116.
8. Kesler , et al. Prophylactic Antibiotics in pediatric Surgery. Pediatrics Vol. 69, N°.1 January 1982, pp 1-3
9. S.Z Rubin, et al. Ultrasonography in the Management of Possible Appendicitis in Childhood. Journal of Pediatric Surgery, Vol. 25 N°.7 1990. pp 737-740.
10. Brender, arcuse, et al. Childhood Appendicitis: Factors Associated with perforation. Pediatrics. Vol. 76 N°.2 August 1985. pp 301-306.
11. Silen, Tracy. El cuadrante Inferior derecho: Aspectos de actualidad. Clinicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 6 1993. pp 1299-1309.
12. Koudelka.J. Laparoscopy assisted appendicectomy in children. Rozhl-Chir.1996 Oct. 75-10 482-485.
13. Adolph. VR, Faterman KW. Appendicitis in children in managed care era. Journal Pediatrics Surgery. 1996 31(8) 1035-1037.
14. O'Toole-SJ. Insurance-related differences in the presentation of pediatric Journal Pediatrics Surgery. 1996. 31 (8) 1032-1034.
15. Fitz R. Et al. Perforating Inflammation of the vermiform appendix: with special

- reference to it's early diagnosis and tratament. Am J Med Sci.1: 321-346. 1996.
16. Menengello R et al. *Pediatría* Vol. II Editorial Mediterráneo. 1986. 1414-1416.
 17. Alford-BA MacIlhenny-J. The Child with acute abdominal pain and vomiting. *Radiol Clin North Am.* 1992mar, 30 (2). 441-453.
 18. Keller, MacBride WJ. Management of complicated appendicitis. A rational approach based on clinical course. *Arch Surg.* Mar. 1996 131 (3). 261-264.
 19. Rodríguez S.R. et al. *Urgencias en Pediatría.* Interamericana . 4ta edición. 1996.742-745.
 20. Baeza Herrera, Guido-Ramirez et al. Apendicitis aguda en menores de 3 años. *Rev. Gastroenterol. Mex.* 1994 Jul-Sep. 59 (3). 213-217.
 21. Lund DP. Murphy-EU. Management of perforated appendicitis in children a decade of aggressive treatment. *L Pediatr-Surg.* 1994 Aug 29 (8)1130-1133.
 22. Stovroff-MC Tottem-M; Glick-PL. PIC lines save money and hasten discharge in the care of children with ruptured appendicitis. *J. Pediatr.Surg.* 1994 feb. 29 (2) 245-247.
 23. Curran TJ Muenchow-SK. The treatment of complicated appendicitis in children using peritoneal drainaget results from a public hospital.*J Pediatr Surg.* 1993 feb 28 (2) 204-208.
 24. Chande VT Kinnane-JM Role of the primary care provider in expediting care of children with acute appendicitis. *Arch Pediatr Adolesc Med.*1996 Jul 150 (7) 703-706.
 25. Wong ML. Casey, leonidas. Sonographic diagnosis of acute appendicitis in children. *J. Pediatr Surg.* 1994 Oct 29 (10) 1356-60.
 26. Grosfeld, Wein berger M et al, Acute appendicitis in children tree years of life. *J Pediatric Surg,* 8, 1973, 285-293.

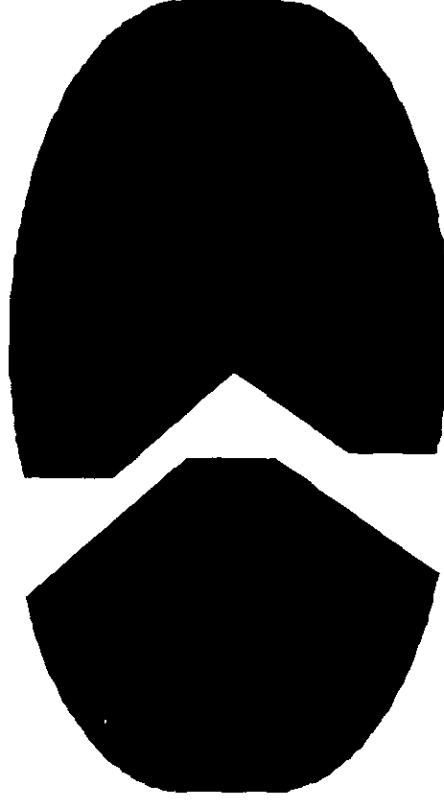
ANEXOS

**ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

DISTRIBUCION SEGUN SEXO. (Gráfico 1)*

MASCULINO
N=127
63%

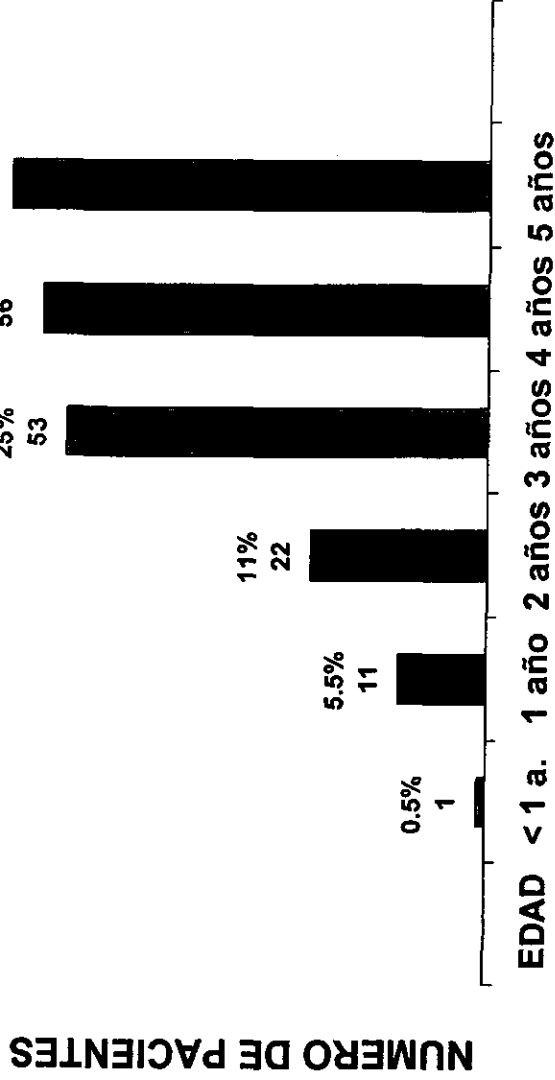


FEMENINO
N=76
37%

*FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD (Gráfico 2).*

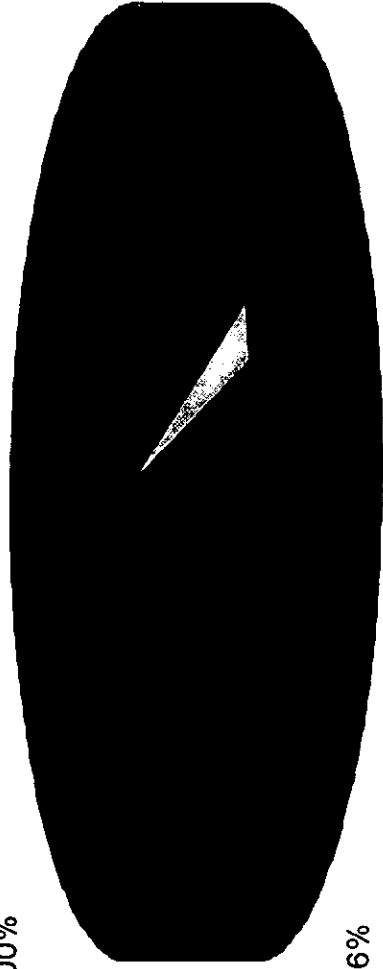


* FUENTE : ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

CUADRO CLÍNICO (Gráfico 3)*

- DOLOR ABD. 203 / 100%
- FIEBRE 194 / 96%
- VOMITO 181 / 89%
- DIARREA 31 / 15%
- CONSTIPACION 12 / 6%
- OTROS 37 / 18% *

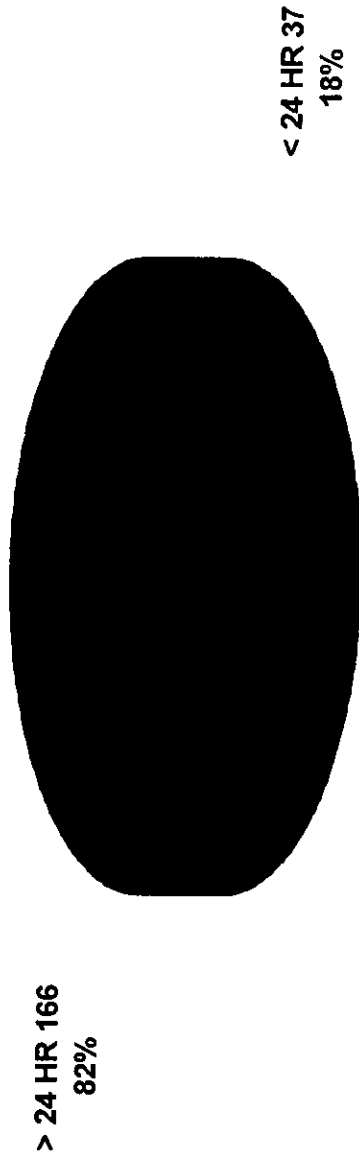


* MALESTAR GENERAL, IRRITABILIDAD,
DITENSION ABDOMINAL. HIPOREXIA.

*FUENTE. ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

TIEMPO DE EVOLUCION PREVIO A LA INTERVENCION QUIRURGICA
(GRÁFICO 4)*



* FUENTE : ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

TRATAMIENTO MEDICO PREVIO (Gráfico 5)*

MEDICADOS

188

92%



NO MEDICADOS

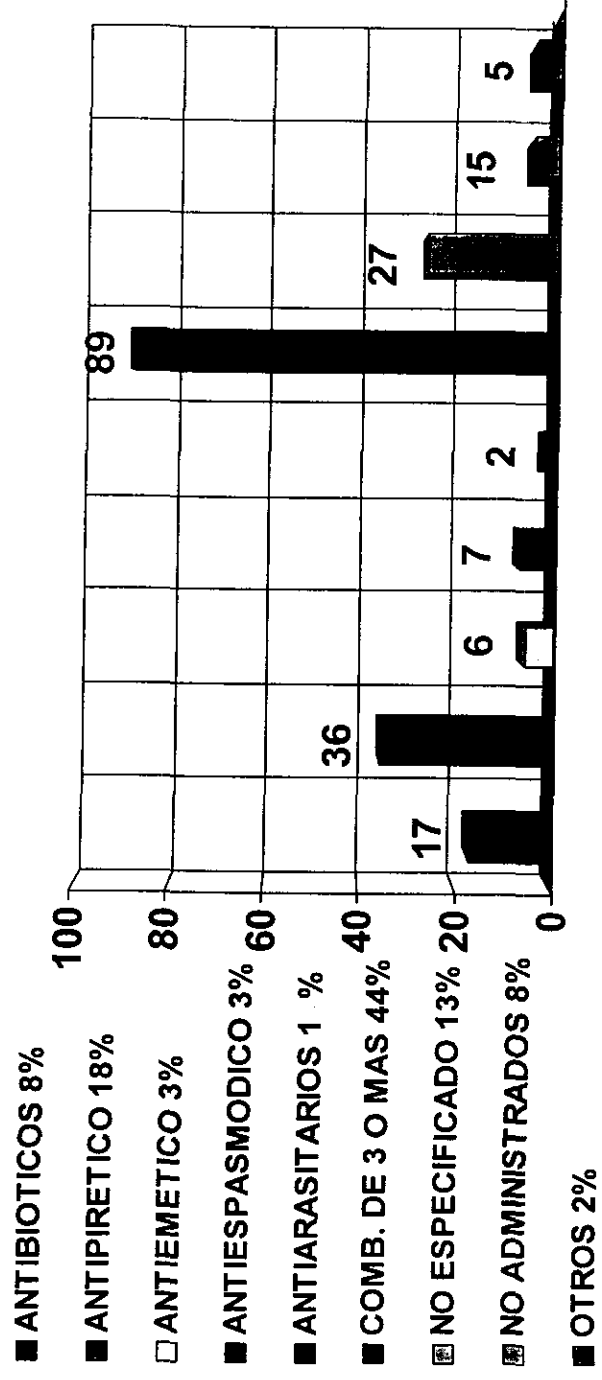
15

8%

*FUENTE : ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

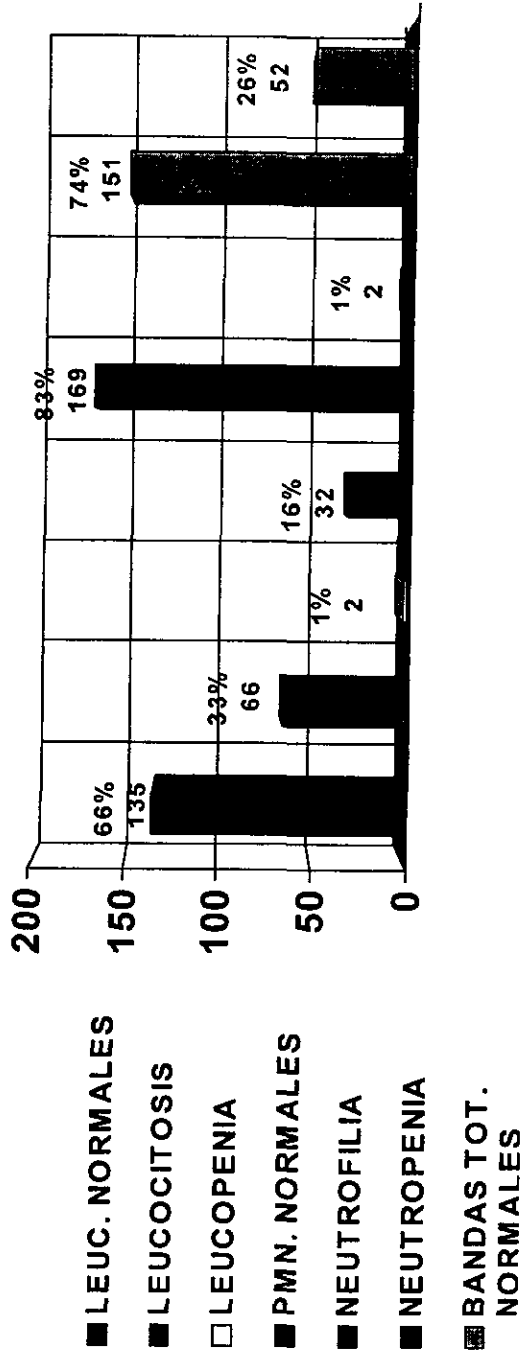
TERAPEUTICA EMPLEADA PREVIO AL DIAGNOSTICO
PREOPERATORIO (Gráfico 6)*



*FUENTE : ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

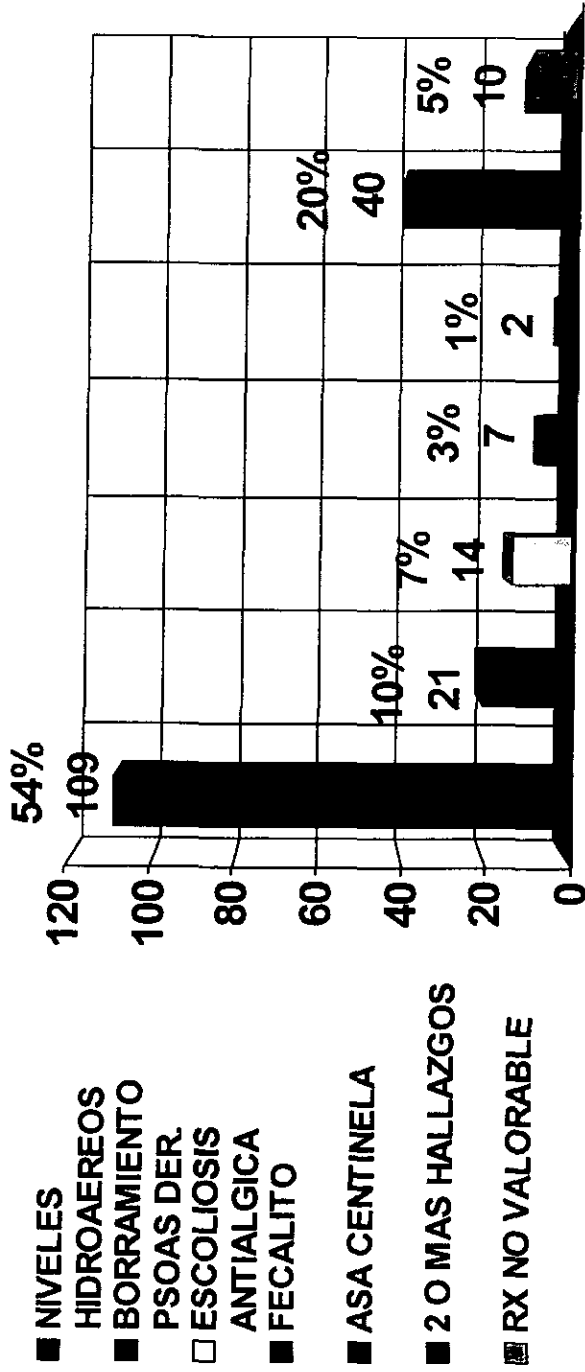
HALLAZGOS DE LA FORMULA BLANCA DE LA B.H.(Gráfico 7)*



*FUENTE : ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

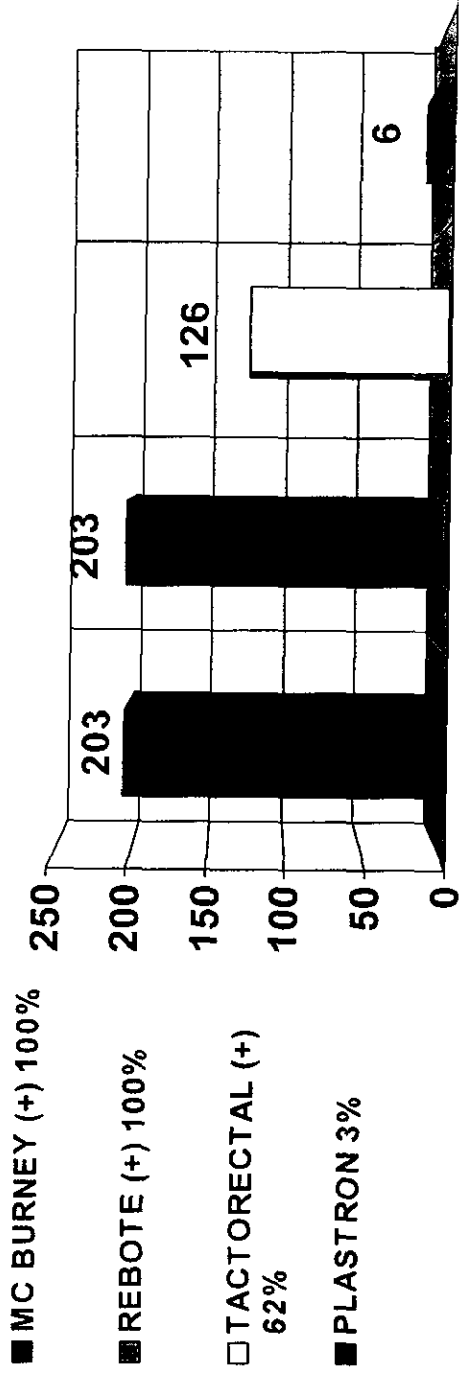
HALLAZGOS RADIOLOGICOS.(Gráfico 8)*



*FUENTE : ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

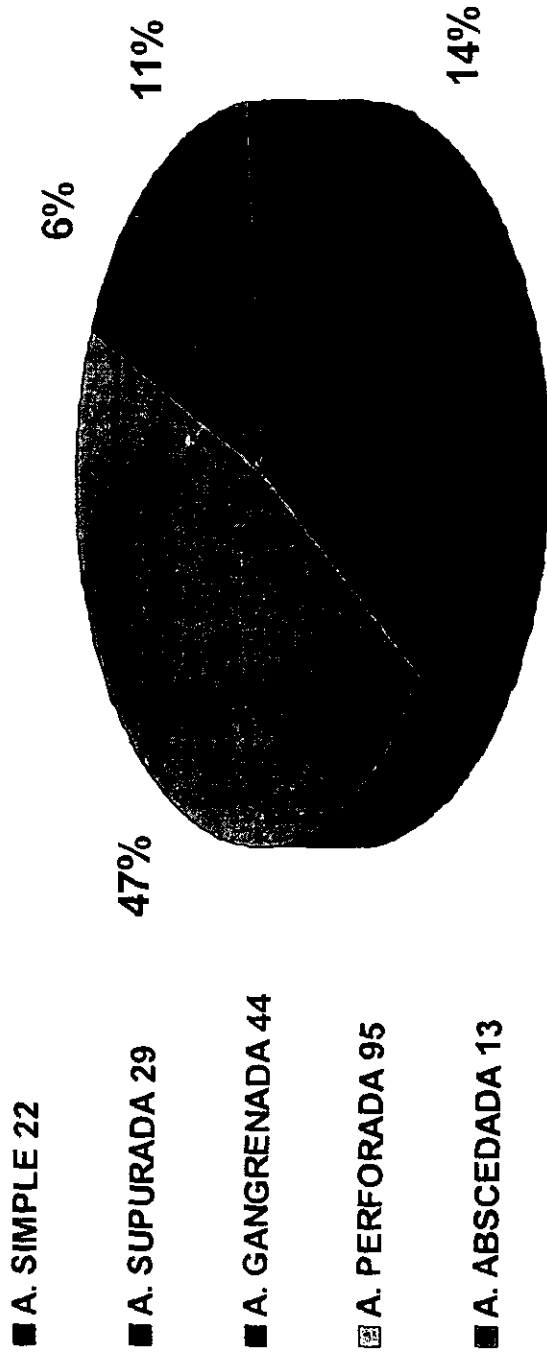
HALLAZGOS A LA EXPLORACION FISICA. (GRÁFICO 9)*



*FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

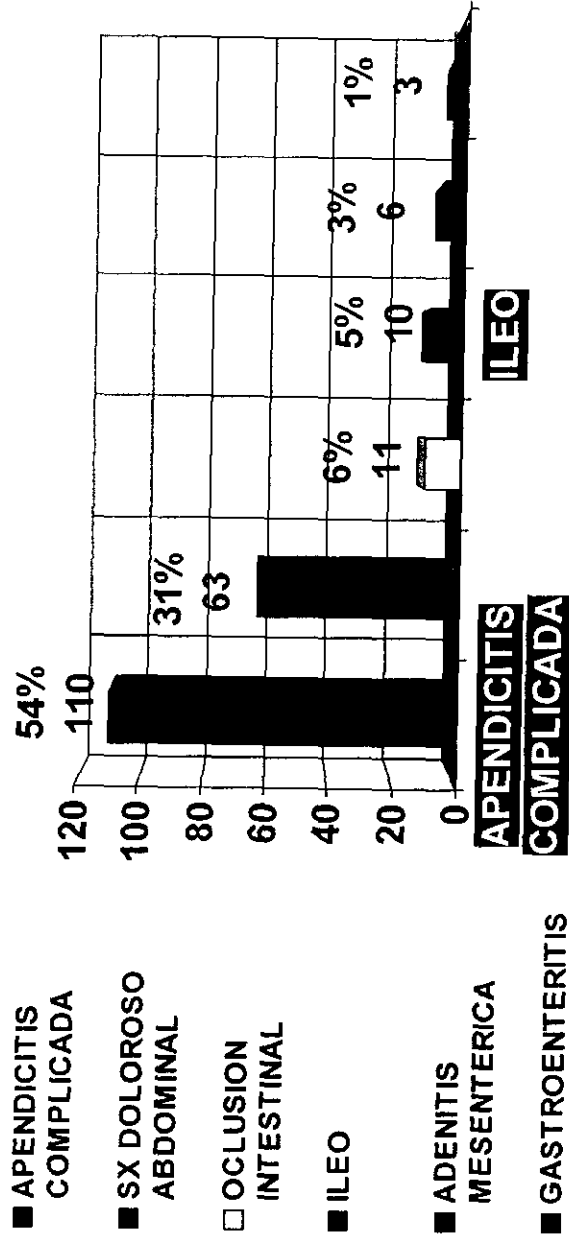
HALLAZGOS QUIRURGICOS (Gráfico 10)*



*FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS.

DIAGNOSTICO AL MOMENTO DEL INGRESO (GRÁFICO 11)*



*FUENTE ARCHIVO CLINICO H.P.Q.M.

APENDICITIS EN MENORES DE 5 AÑOS

HALLAZGOS QUIRURGICOS Y TIEMPO DE EVOLUCION A LA PRIMERA SINTOMATOLOGIA. (TABLA 1).*

HALLAZGO QUIRURGICO	EVOLUCION < 24 HORAS	EVOLUCION > 24 HORAS
A. SIMPLE	15 (7 %)	7 (3 %)
A. SUPURADA	23 (11 %)	16 (8 %)
A. GANGRENADA	6 (3 %)	28 (14 %)
A. PERFORADA	16 (8 %)	79 (39 %)
A. ABSCEDADA	2 (1 %)	11 (6 %)
TOTAL	62 (30 %)	141 (70 %)

FUENTE: *ARCHIVO CLINICO DEL H.P.Q.M.

RELACION ENTRE LOS DIAGNOSTICOS DE INGRESO Y HALLAZGOS POSTQUIRURGICOS.

