



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO**

**'ESTUDIO COMPARATIVO EN FEARNICOCOMA
LA PROSCÓPIA Y ABERRA EN UN HOSPITAL DE 2º DÓNEL
EN EL DF.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DRA. RILVA DEL CARMEN FERRERA SALAS**



ISSSTE

MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS

A DIOS, por que me ha permitido llegar hasta donde estoy.

A mi hijo PAUL a quien amo, por haber llegado en el momento preciso y llenarme de felicidad y ser mí motivo para ser mejor cada día.

A PAULO por la paciencia, amor e impulso de todos estos años juntos y sobre todo por el mejor regalo que me has dado: mi hijo.

A Mis Padres por darme la vida y con sus sacrificios, amor y dedicación haciendo de mi lo que hoy soy.

A mis Hermanos y Sobrinos con mi más profundo amor deseándoles que realicen sus sueños, contando conmigo en cada paso que den.

A mis Abuelas por su cariño y oraciones en todo momento.

A mi Tía Rosa Elena por estar siempre al pendiente de nosotros y hacerme sentir una más de sus hijas. Gracias

A mis otros hermanos: Ani, Carlos, Milú, Roberto, Fabi, Chowi, Yali, Mandy, Gabriel, Andrés, Julio, Manuel.

Por ser mi segunda familia, y por haberme brindado su apoyo incondicionalmente en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Francisco Ramírez Amezcua por sus enseñanzas, amistad, apoyo y su gran ejemplo dentro y fuera del quirófano.

A Dra. Elena García y Dr. Sigfrido Huerta por su apoyo y tiempo brindado para la realización de esta tesis.

Dr. Raúl Albarran.Castillo por darnos su confianza y contar con usted en todo momento.

A Todos los Pacientes del Hospital Dr. Darío Fernández por ser parte fundamental para mi formación como especialista.

Dra. Rilma Del Carmen Ferrera Salas
Investigadora Principal

Dr.Francisco Javier Ramirez Amezcua.MBCG
Del HG:Dr. Darió Fernández F.
Asesor de Tesis

Dr.Sigfrido G Huerta Alvarado
Epidemiologo e Investigador del HG, Dr. Darió Fernández F.
Asesor de Tesis

Dra. María Elena García Santos
Coordinadora de Enseñanza del H.G.Dr. Darió Fernández F

Dr. Francisco Aguirre Cordova.MBCG
Titular del Curso de Cirugía General H.G. Dr. Darió Fernández F.

No de Registro 232.2006

INDICE

Introducción.....	3
Resumen.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Antecedentes.....	5
Objetivos.....	8
Hipótesis.....	9
Justificación.....	9
Material y Método.....	10
Resultados.....	12
Discusión.....	16
Conclusiones.....	17
Sugerencias.....	18
Anexo.....	19
Glosario.....	20
Bibliografía.....	21

INTRODUCCION

Se han realizado estudios comparativos de la apendicectomía laparoscópica contra la abierta en diferentes países existiendo controversia de los resultados obtenidos. Algunos estudios se inclinan mas hacia el procedimiento laparoscopico ya que se a observado una pronta recuperación, un mejor resultado estético, disminución de estancia hospitalaria , menor dolor, retorno al trabajo mas tempranamente así como disminución de la infección de la herida postquirurgica. En este estudio se compararan ambas técnicas para establecer las ventajas que se observan en las cirugías realizadas en nuestro hospital.

RESUMEN

Los objetivos de este estudio es conocer las ventajas de la apendicectomía laparoscópica realizada en el hospital de 2do nivel comparando las complicaciones postoperatorias, días de estancia, hallazgos apendiculares.

Material y métodos: Ensayo Clínico Controlado No Aleatorizado en el cual se estudiaron a pacientes que fueron sometidos a apendicectomía de enero del 2005 a Octubre 2006 y que cubrieron los criterios de inclusión. Los pacientes fueron operados por diferentes equipos de cirujanos.

Resultados: 85 pacientes intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía de los cuales 67 de forma abierta y 18 laparoscópica. Se encontró una incidencia de incisión media infraumbilical del 71.6% en las abiertas., en los hallazgos apendiculares el 44.7% de las abiertas se encontraron hiperemias y el 44.4% abscedadas en las laparoscópicas. Las complicaciones postquirurgicas se encontraron únicamente en el grupo de las abiertas con un 7.4% siendo la infección de la herida y el serosa los mas frecuentes. Los días estancia fueron de 1 a 2 días en el 88.8% de las laparoscópicas y de 3 a 5 días el 50% en las abiertas.

Conclusiones: El mayor numero de apendicetomías abiertas presentan una fase hiperemica o edematosa y en AL la fase abscedada fue la que predomino, haciendo un análisis con las demás variables a pesar de que en la técnica endoscopica se presenta esta fase no hubo complicaciones postquirurgicas, y su estancia intrahospitalaria fue menor demostrando así las ventajas que tiene la apendicectomía laparoscópica sobre la abierta.

ANTECEDENTES

La primera apendicectomía fue realizada en 1736 por Claudius Amyand cuando extirpo con éxito de un saco herniario un apéndice perforado por un alfiler. El primer libro de texto que proporcionó una descripción de los síntomas que acompañan a la inflamación y perforación del apéndice fue publicado por Bright y Addison en 1839. La primera apendicectomía exitosa por una apendicitis aguda fue realizada en 1848 por Henry Hancock en Inglaterra. El crédito de la primera publicación de una apendicectomía debe ser adjudicado a Kronlein en 1886, en 1887 Morton diagnóstico y extirpó con éxito un apéndice agudamente inflamado que se encontraba dentro de la cavidad de un absceso. En 1889 McBurney de Nueva York lideró el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica temprana y también creó la incisión de división muscular que lleva su nombre.^(1,2)

Incidencia

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más común. Entre el 5 y el 10% de los individuos desarrollan esta infección en algún momento de su vida.⁽³⁾

La enfermedad ocurre en todas las etapas de la vida pero es más frecuente en el segundo y tercer decenios.

La relación de la apendicitis aguda por sexos es casi 1:1 antes de la pubertad, durante la cual aumenta en varones de manera que la frecuencia es alrededor de 2:1 entre los 15 y 20 años de edad, después de los cuales disminuye en forma gradual en varones hasta que la proporción por sexos es igual otra vez.⁽⁴⁾

Anatomía Patológica

La apendicitis aguda se clasifica como simple, gangrenosa o perforada sobre la base de los hallazgos quirúrgicos y el aspecto histológico. El apéndice inflamado es viable y está intacto en la apendicitis simple. La necrosis focal o extensa de la pared caracteriza a la apendicitis gangrenosa y a menudo hay una perforación microscópica presente. La apendicitis perforada consiste en la desorganización macroscópica o incluso la disolución del apéndice.⁽³⁾

El factor predominante en el desarrollo de apendicitis aguda es la obstrucción de la luz. La causa usual son fecalitos. Otras menos comunes incluyen hipertrofia del tejido linfóide, impacto de bario por estudios radiológicos previos, semillas de vegetales y frutas y gusanos intestinales, en particular áscaris.

La frecuencia con que se encuentra obstrucción apendicular es proporcional a la diligencia con que se busca. También aumenta con la gravedad del proceso inflamatorio. Se encuentran fecalitos en 40% de las apendicitis agudas simples, en casi 65% de las gangrenadas sin rotura y en un 90% de estas últimas con rotura. ⁽⁴⁾

Diagnóstico

Una anamnesis detallada y un examen físico completo son los únicos requerimientos; los análisis de laboratorio y los estudios radiográficos son auxiliares.

Signos y Síntomas

La secuencia clásica de los síntomas de la apendicitis aguda es la siguiente:

1) dolor en algún sitio del abdomen, 2) anorexia, náuseas o vómitos, 3) dolor en la región del apéndice y 4) fiebre.

Laboratorios

El recuento elevado de leucocitos es altamente sensible respecto de una apendicitis, pero la especificidad es baja. Entre el 80 y el 90% de los pacientes con apendicitis tienen un recuento de leucocitos de más de 10.000 cel/mm³.

Las placas simples de abdomen con el paciente acostado y de pie tiene valor para el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo, pero las características radiológicas a menudo son inespecíficas y deben ser interpretadas con cuidado.

La ecografía puede ser de utilidad para la diferenciación de las causas ginecológicas de dolor abdominal agudo. Con técnicas perfeccionadas puede visualizarse incluso el mismo apéndice inflamado.

Tratamiento

No existe más que un tratamiento para la apendicitis aguda, la apendicectomía. ^(1,2,3,4)

La apendicectomía por la incisión de Mcburney se realizó desde 1889 hasta 1983 cuando Kart Semm ofreció una alternativa, la “apendicectomía laparoscópica”. ⁽²⁾

A mediados de los 90's la cirugía laparoscópica había ganado gran aceptación y comenzó la experimentación para ser llevada a cabo en toda la gama de procedimientos quirúrgicos intraabdominales.

La apendicitis es confirmada de forma quirúrgica en un 80-95 % de los pacientes

El diagnóstico mediante laparoscopia tiene una alta certeza y una baja morbilidad (0-1.4%).⁽⁹⁻¹¹⁾

Incluso si por medio de laparoscopia se encuentra un apéndice sano puede ser dejado en su sitio de forma segura para el cirujano o en caso de encontrar alguna patología agregada que no pudiera ser resuelto por vía endoscópica, planear el abordaje quirúrgico abierto.

Dichos beneficios tales como una recuperación más breve, menos dolor, y mejores resultados estéticos a pesar de haber sido descritos han permanecido sin ser realmente evaluados por aquellos que llevan a cabo el procedimiento.

En un estudio publicado por Nguyen en julio del 2004 se percibió un aumento del 20% de la apendicectomía laparoscópica en 1999 al 40% en el 2003, contra la técnica abierta.

Existe aun entre los autores controversia respecto al momento oportuno para establecer el máximo beneficio de la apendicectomía laparoscópica, la cual ha demostrado su máximo beneficio en disminuir la cantidad de días de estancia intrahospitalaria lo cual reduce en forma significativa el costo para el paciente.^(5,13)

En un estudio publicado por Bresciani en el 2005 llevado a cabo en 148 pacientes en el sector privado que su mayor utilidad fue en una estancia intrahospitalaria mas corta y recuperación de la peristalsis mas rápida.⁽⁶⁾

Estudios tales como el realizado por Moberg publicado en 2004 en 163 pacientes reportó que no hay diferencia en la recuperación total del paciente entre los operados por apendicectomía abierta y por laparoscópica, pero se pudieron incorporar de forma más rápida a sus actividades en aquellos que fueron sometidos al procedimiento laparoscópico.⁽⁷⁾

El estudio publicado por el Departamento de Cirugía del Burdwan Medical Collage en India reportó además una incidencia menor al no tener que lidiar con infección de las heridas, una recuperación mas rápida, retorno a su trabajo mas tempranamente.^(8,12,14)

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer las ventajas existentes entre la Apendicectomía a cielo abierto y la técnica de apendicectomía laparoscópica en el H.G Dr. Darío Fernández Fierro.

Objetivos Específicos:

- Conocer la incidencia de la apendicitis aguda en adultos en el HG Dr. Darío Fernández Fierro.
 - Conocer la incidencia de la patología por sexo y edad.
 - Conocer la cantidad de días de estancia intrahospitalaria por cada una de las dos técnicas utilizadas.
 - Identificar las complicaciones relacionadas con cada una de las técnicas.
-

HIPOTESIS

Todos los casos de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda deberían de ser manejados con técnica de apendicectomía laparoscópica, dentro del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro del ISSSTE.

JUSTIFICACION.

La incidencia de la apendicitis aguda en México es de 80, 000 casos al año, es la patología quirúrgica atendida en Urgencias con más frecuencia.

De su diagnóstico, manejo oportuno y adecuado dependen factores tan importantes como el pronóstico, los días de estancia intrahospitalaria, y días de licencia médica, los cuales representan una derrama importante del presupuesto asignado para las instituciones de salud en nuestro país.

En el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro se realizan cotidianamente apendicectomías convencionales , y a partir del año 2000, se inició la practica de la apendicectomía laparoscópica, sin que se cuenten con estudios comparativos entre las dos técnicas , para establecer las indicaciones, complicaciones, ventajas y desventajas de cada uno de los procedimientos , ello derivará en el mejor manejo para el tratamiento de nuestros pacientes y disminuirá la morbimortalidad de la patología de base.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

Se realizó un estudio Ensayo Clínico Controlado No Aleatorizado con pacientes atendidos en el hospital General Dr. Darío Fernández Fierro en el periodo de enero 2005 a Octubre del 2006.

Para fines de análisis se establecieron dos grupos según la vía por la cual fue realizada la apendicectomía abierta AA y laparoscópica AL.

GRUPOS DE ESTUDIO.

Pacientes ingresados en el H.G Dr. Darío Fernández Fierro con diagnóstico de apendicitis aguda.

Grupo problema.

Se incluirán a todos los pacientes del H.G Dr. Darío Fernández Fierro en los cuales se establezca mediante parámetros clínicos y paraclínicos que cursan con apendicitis aguda y que por consecuencia requieran de tratamiento quirúrgico de urgencia.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes adultos que se sometieron a cirugía de urgencia con diagnóstico de apendicitis aguda con abordaje abierto y laparoscópico.
 - Pacientes adultos que se sometieron a cirugía de urgencia con diagnóstico de abdomen agudo que concluyeron en apendicectomía.
 - Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda sometidos a apendicectomía laparoscópica sin contraindicación del procedimiento (enfermedades cardiovasculares y pulmonares severas).
-

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes pediátricos (menores de 16 años) con dx. De apendicitis aguda
- Pacientes embarazadas con diagnostico de apendicitis aguda.
- Pacientes con oclusión intestinal agregada (para el procedimiento laparoscopico).
- Pacientes con expediente sin datos completos
- Ausencia de expediente en archivo

CRITERIOS DE ELIMINACION

-Pacientes que se sometieron a cirugía de urgencia con diagnostico de abdomen agudo que resultaron con otra patología quirúrgica.

VARIABLES

(abierta)

- Sexo
- Edad
- Hallazgos apendiculares
- Tipo de incisión (abierta)
- Tiempo quirúrgico
- Tipo de anestesia
- Días de estancia

(endoscopica)

- Sexo
- Edad
- Hallazgos apendiculares
- Numero de puertos
- Tiempo quirúrgico
- Días de estancia

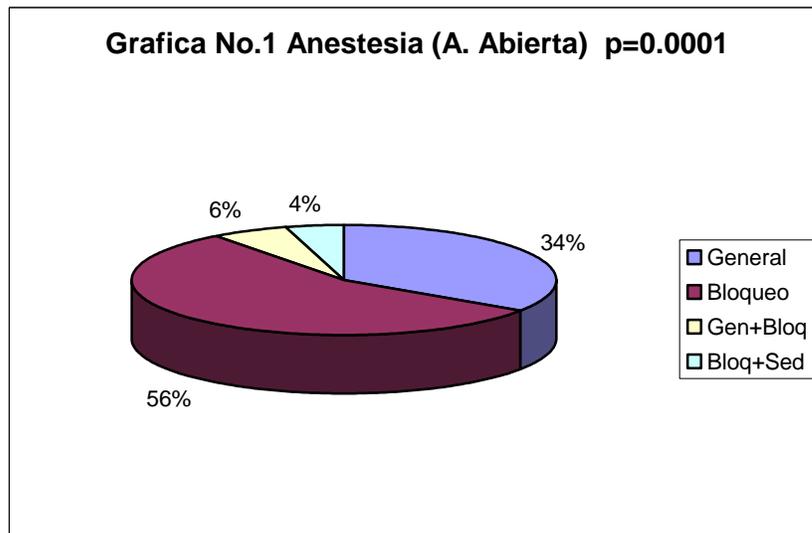
RESULTADOS

Se estudiaron 85 pacientes (43 mujeres 50.5% y 42 hombres 49.4%) de los cuales 67 fueron operados por Apendicectomía Abierta AA y 18 Apendicectomía Laparoscópica AL.

De las mujeres el 79% fueron operadas por AA y 20.9% por AL, de los hombres el 78.5% por AA y el 21.4% por AL, no hubo gran diferencia en la variable de sexo.

El grupo de edad de 30 a 39 años tuvo mayor porcentaje con 35.8% abiertas y 33.3% en laparoscópicas.

La anestesia utilizada en todas la cirugías laparoscópicas fue con anestesia general, en le grupo de AA el bloqueo con el 55.2% fue el de mayor incidencia. Con un valor de $p=0.0001$ (Grafica 1)



Fte: estudio comparativo entre apendicectomía abierta y laparoscópica en un hospital de 2do nivel del D.F. 2006

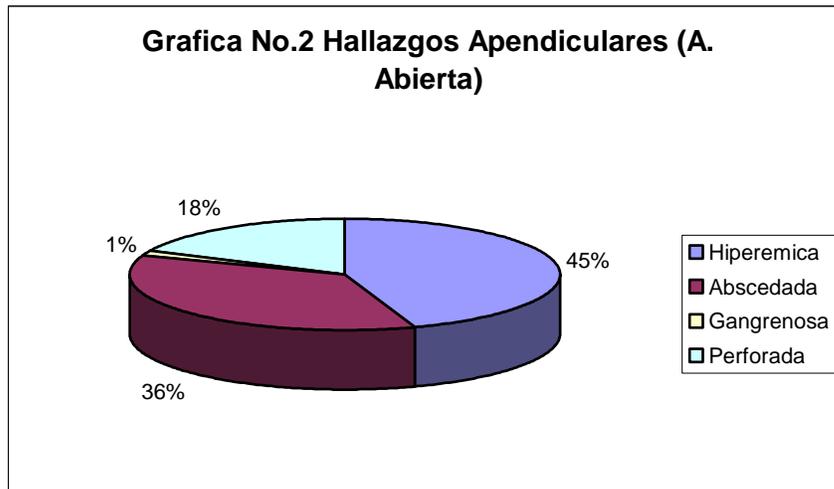
La incisión media-infraumbilical fue la mas realizada con el 71.6% de las A.A Con un valor de $p=0.0001$ (tabla No.1)

El número de puertos en la laparoscópica fue de 3 en todos los casos. Con $p=0.0001$

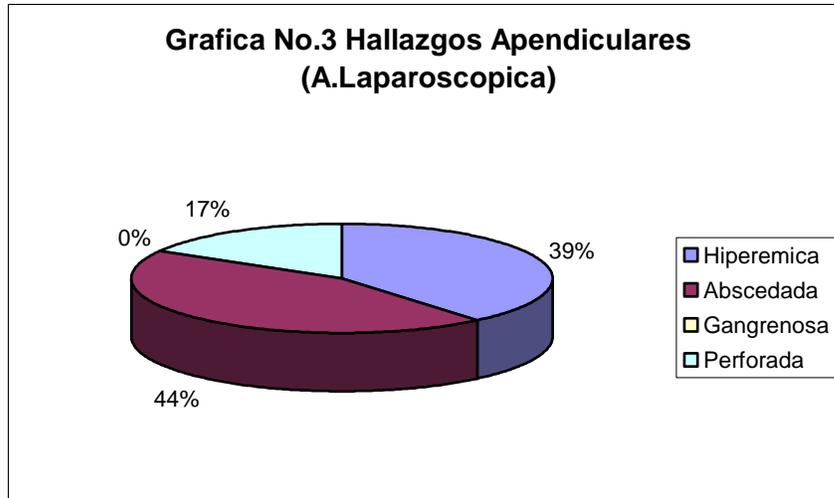
Tabla No.1 Incisión

	AA	AL	Total	p
Mc Burney	8(11.9%)	0 (100%)	8 (9.4%)	
Rocky D	6(8.9%)	0 (100%)	6 (7.0%)	
Media Inf	48(71.6%)	0 (100%)	48 (56.4%)	
Paramedia	3(4.4%)	0 (100%)	3 (3.5%)	
Media Sup-inf	2(2.9%)	0 (100%)	2 (2.3%)	
Ninguna	0 (0%)	18 (100%)	18 (21.1%)	
Total	67(100%)	18 (100%)	85 (100%)	0.001

Las fases en las que se clasificó en este estudio fueron 1) hiperemica o edematosa, 2) abscedada 3) gangrenosa o necrosada y 4) perforada, encontrando el 44.7% de hiperemicas en las abiertas y el 44.4% de abscedadas en AL. (Grafica No.2 y 3)



Fte: estudio comparativo entre apendicectomía abierta y laparoscópica en un hospital de 2do nivel del D.F. 2006



Fte: estudio comparativo entre apendicectomía abierta y laparoscópica en un hospital de 2do nivel del D.F. 2006

El tiempo quirúrgico fue clasificado en 4 grupos siendo el grupo de 30 min a 1 hr el de mayor porcentaje con 49.2% en AA y 55.5% en AL. No hubo ningún caso con tiempo quirúrgico mayor a 2 hrs. (tabla No.2)

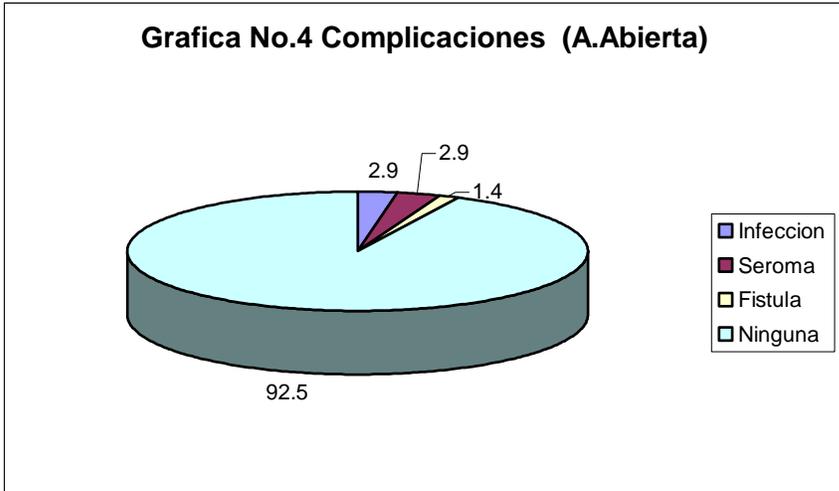
Tabla No.7 Tiempo Quirúrgico

	AA	AL	Total	p
30min	4 (5.9%)	2(11.1%)	6(7%)	
30min-1hr	33(78.5%)	10(55.5%)	43(50.5%)	
1-2 hrs	30(44.7%)	6(33.3%)	36(42.43%)	
Mas de 2hrs	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
Total	67(100%)	18(100%)	85 (100%)	0.582

las complicaciones se presentaron únicamente en el 7.4% de las apendicetomías abiertas siendo la dehiscencia de la herida por infección con 2 casos y el seroma 2 casos y fístula intestinal en 1 caso.(tabla No.3 y Grafica No.4

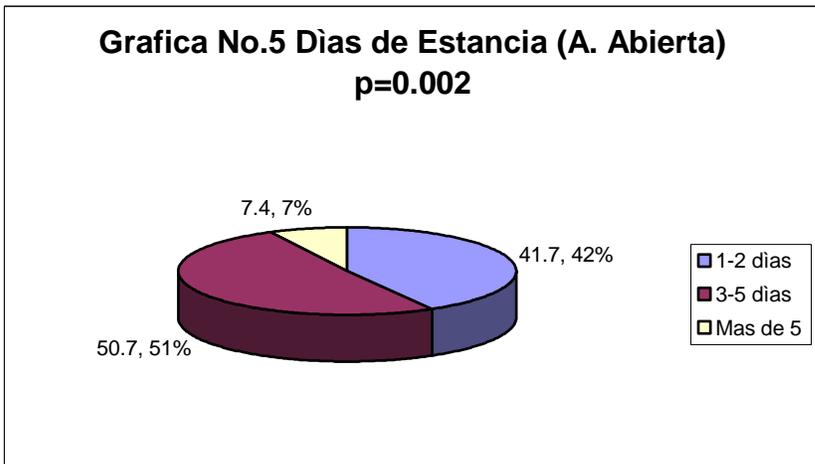
Tabla No.3 Complicaciones

	AA	AL	Total	p
Ninguna	62 (92.5%)	18 (100%)	80 (94.1%)	
Infec herida	2 (2.9%)	0 (0%)	2 (2.3%)	
Seroma	2(2.9%)	0(0%)	2 (2.3%)	
Fistula	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (1.1%)	
Absceso Residual	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Oclusión Intestinal	0(0%)	0(0%)	0 (0%)	
Total	67 (100%)	18 (100%)	85(100%)	0.699



Fte: estudio comparativo entre apendicectomía abierta y laparoscópica en un hospital de 2do nivel del D.F. 2006

Los días de estancia en AA fue del 50.7% de 3 a 5 días y en el grupo de AL 88.8% de 1 a 2 días. Con $p=0.002$ (Graficas 5y6)



Fte: estudio comparativo entre apendicectomía abierta y laparoscópica en un hospital de 2do nivel del D.F. 2006



Fte: estudio comparativo entre apendicectomía abierta y laparoscòpica en un hospital de 2do nivel del D.F. 2006

DISCUSION

Pese a que la cirugía de mínima invasión ha demostrado sus ventajas en la mayoría de los estudios realizados en todo el mundo, en nuestro país, no está incluido dentro de la formación básica del Cirujano General.

Contar con esta técnica forma parte esencial del cirujano actual en todas sus ramas perpetuando el hecho de que, en el sector público, muchas cirugías que pudieran ser llevadas a cabo por vía laparoscópica continúan realizándose de la forma tradicional, manteniéndose la incidencia de complicaciones, y de días-cama, así como de días de incapacidad médica otorgada por las instituciones, redundando en un mayor gasto.

Se debería de popularizar el uso de la laparoscopia para el manejo de patologías agudas tales como la apendicitis, como se ha hecho con cirugías electivas como son la colecistectomía y la cirugía antireflujo, de la misma forma como se ha venido haciendo en la última década en los países desarrollados con otros procedimientos endoscópicos más avanzados.

Pudiendo ofrecer de esta forma otra opción de resolución a nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

En los datos recabados durante el estudio se pudo observar que respecto a la patología y al sexo no se presento una relación entre ambas variables, ya que como sabemos los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad no están directamente relacionados con esta variable.

El mayor numero de apendicetomías abiertas presentan una fase hiperemica o edematosa y en la laparoscopia la fase abscedada fue la que predomino, haciendo un análisis con las demás variables a pesar de que en la técnica laparoscópica se presenta esta fase no hubo complicaciones postquirurgicas, el tiempo quirúrgico fue similar a la técnica abierta y su estancia intrahospitalaria fue menor, cabe mencionar como un factor secundario que la estética en la cirugía endoscopica es indiscutible, esto concuerda con la bibliografía revisada, en el cual señalan el descenso en la incidencia de las complicaciones como una de las máximas ventajas de la AL.

No fue posible localizar a todos los pacientes por lo cual no se pudo constatar que existiera una relación directa entre cualquiera de las dos técnicas y la reincorporación de los pacientes a sus actividades. Desafortunadamente en este estudio la variable de la técnica quirúrgica no fue posible controlarla, ya que la decisión de realizarla a cielo abierto o por vía laparoscópica fue en su totalidad responsabilidad del médico que la realizó, apoyado en su experiencia en la utilización de ambos métodos

Por lo cual podemos establecer mediante este estudio, que la Apendicetomía laparoscópica representa la mejor opción a ofrecer al paciente en cuanto a menor índice de complicaciones, y menor estancia intrahospitalaria se refiere, siempre y cuando se cuente con la capacidad resolutive para poder llevarla a cabo. Hemos observado que a corto plazo la apendicectomia endoscopica se a convertido en el gold estándar en el manejo quirúrgico de la apendicitis aguda aun en fases avanzadas,.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

- Se sugiere realizar un nuevo estudio comparativo con un período de tiempo más extenso para así poder tener una muestra mas adecuado, analizando otras variables también importantes que no fueron valoradas en este estudio.
- Se sugiere la capacitación de la técnica laparoscópica a todos los cirujanos para así contar con las habilidades para poder otorgar de manera mas frecuente esta técnica a todos los pacientes que lo requieran brindando los beneficios no solamente al paciente si no también a la institución.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha

NOMBRE: _____ EDAD: _____

EXPED: _____ SEXO F M

ABIERTA LAPAROSCOPICA
1 2

ANESTESIA GENERAL BLOQUEO G+B B+SED

1 2 3 4

INCISION	McBURNEY	R DAVIS	MEDIA INF	PARAMEDIA	MED SUP- INF
	<input type="text"/>				
	1	2	3	4	5

PUERTOS 3 Mas de 3
1 2

HALLAZGOS APENDICULARES	Hiper-edem	Abscedada	Gangrenosa	Perforada
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1	2	3	4

TIEMPO QUIRURGICO	30 min	30min- 1hr	1-2 hrs	mas de 2 hrs
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1	2	3	4

COMPLIC.	Infec herida	Seroma	Fistula	Abs Residual	Oclu.intest	Otra
	<input type="text"/>					
	1	2	3	4	5	6

DIAS DE ESTANCIA 1 a 2 3 a 5 mas de 5
1 2 3

GLOSARIO DE TEMAS

Absceso residual.- Acumulación de líquido purulento en la cavidad abdominal posterior a un procedimiento quirúrgico.

Anestesia General.- Procedimiento anestésico en el cual se utilizan medicamentos por vía endovenosa, gases inhalatorios y ventilación asistida.

Apendicitis Aguda.- Proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal.

Apendicectomía.- Procedimiento quirúrgico mediante la cual se realiza la amputación y extracción del apéndice.

Apendicectomía Abierta (AA).- Procedimiento quirúrgico realizado por medio de una incisión abdominal.

Apendicectomía Laparoscópica (AL).- Procedimiento quirúrgico realizado a través de puertos y instrumental laparoscópico.

Bloqueo peridural:- Introducción de medicamentos anestésicos al canal medular.

Fístula.- Comunicación de 2 cavidades con trayecto epitelizado.

Incisión.- Solución de continuidad realizado por el cirujano con un bisturí para la realización de un procedimiento quirúrgico.

Puertos.- Instrumento colocado a través de la piel hasta la cavidad abdominal para la introducción de las pinzas laparoscópicas y realización de una cirugía.

Seroma.- Acumulación de líquido seroso en el tejido celular subcutáneo proveniente de la sección de vasos linfáticos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Michael J. Zinder. Operaciones Abdominales. 10ª Ed. Pag:1109-1141
- 2.-Nyhus baker Fischer. El dominio de la cirugía. 3era ed.Pag:1520-1532
- 3.-feldman, bruce, Sleisenger. Enfermedades gastrointestinales y Hepáticas. &a Ed. Pag:1911-1918
- 4.-Schwartz, Shires, Spencer. Principios de Cirugía. 7ª.Ed. Pag:
- 5.-Nguyen N,Zainabadi K, Mavandadi S. Trens in utilization and outcomes of laparoscopic versus open appendectomy.The American Journal of Surgery 2004; 188:813-20.
- 6.-Bresciani C, Oliva R, habr-Gama A. Laparoscopic Versus Estándar Appendectomy Outcomes and Cost Comparisons in the Private Sector. Journal of Gastrointestinal Surgery Vol. 9, No.8 2005; 1174-81.
- 7.-Moberg A, Berndsen F.,Palmquist I. randomized Clinical trial of Laparoscopic versus Open appendectomy for confirmed appendicitis. British journal of surgery. 2005; 92:298-304.
- 8.-Department of Surgery, Burdwan Medical College. Chinese Journal of Digestive Diseases 2005; 6; 165-169.
- 9.-Cortez M, Burbano L, Cisbero A. La apendicectomía laparoscopica disminuye la incidencia de infecciones posoperatorias .Rev.Mex de Cirugía end. 2002 ;1:13-15.
- 10.-Alvarado A, Moreno M, Rojano M, et al. Apendicectomía laparoscopica descripción de la técnica y revisión de la literatura. Cirugía y Cirujanos.2003;71:442-448.
- 11.-Bonani F, reed JJ, hartzel G, et al. Laparoscopic versus conventional appendectomy.Journal American Coll Surgery;179: 273-278.
- 12.-Rohr S, Thiry Cl, de Manzini N, Perraudi Y, Meyer C. Laparoscopic vs open appendectomy in men: a prospective randomized study. British J Surgery.1994;120: 71-74.
- 13.-tate JJ, Chung SC, dawson J, et al. Conventional versus laparoscopic surgery for acute appendicitis. British J Surgery 1993; 80: 761-764.
- 14.-Mccahill LE, Pellegrini CA, Wiggins T, Helton WS. A clinical outcome and cost analysis of laparoscopic versus open appendectomy. Annals J Surgery 1996; 171: 533-537.

15.-Katkhouda N, Rodney J Mason, Towfigh S, et al. laparoscopic versus Open appendectomy: A prospective Randomized Double-Blind study. *Annals of Surgery* 2005; 24(3): 439-450.