

[Escribir texto]

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 16 ESTADO DE MEXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 194**



“ COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE APENDICITIS AGUDA, FACTORES ASOCIADOS Y PARTICIPACION DEL URGENCIOLOGO ”

TÉSIS
Para obtener el Grado de
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:
DRA. ADRIANA GOMEZ MACIEL
MATRICULA 99112680
dragoma_2@hotmail.com
Tel (55) 36-25-27-21
Cel 55 27 74 39 48
Umf 65 tel 55896433 ext 117

ASESOR DE TEMA:
DR Eduardo García Reyes
Profesor del Curso de Especialización
En Medicina de Urgencias HGZ194
MATRICULA: 6589812
TEL 044 55 29 00 45 55
e-mail: alogarcia@hotmail.com

ASESOR DE METODOLOGIA:
DR Salvador García Martínez
M. en Investigación Clínica. Medico
Adscrito al Servicio de Urgencias HGZ 194
MAT 8259992
TEL. 53 59 30 11 EXT 51349
e-mail: salvadorgmartinez@hotmail.com

NAUCALPAN, ESTADO DE MEXICO. FEBRERO DE 2013



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.

[Escribir texto]

“COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE APENDICITIS AGUDA, FACTORES ASOCIADOS Y PARTICIPACION DEL URGENCIOLOGO. ”

AUTORIZACIONES

Dr. Trujillo Galván Francisco David
Coordinador Nacional de la Especialidad en Medicina de urgencias
CMN SIGLO XXI

Dr. Juárez Romero Marco Antonio
Coordinador Delegacional de Educación

Dra. María Esther Reyes Zúñiga
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud,
Delegación 16 Toluca Poniente

Dr. Julián Gómez Morales
Director HGZ 194

Dr. Eduardo García Reyes
Profesor titular de la Especialidad de Medicina de Urgencias

Dr. Salvador García Martínez.
Coord. de Educación e Investigación en Salud HGZ 194
Asesor de tesis

[Escribir texto]

DEDICATORIA

A mis dos grandes amores, Dany y Andrés por llenar mi vida de alegrías y satisfacciones, por compartir su tiempo con mi especialidad, por todo su amor y ser mi motor de todos los días.

A mi Mamá por su tiempo, dedicación, paciencia y sacrificio, por ser mi ejemplo de Fortaleza y enseñarme que a pesar de las adversidades los sueños se cumplen, por todo el amor y cuidados que das a mis peques.

A mis hermanos por creer en mi, y por prestarme a mi mamá.

A mis tías Lucia y Clara, por su apoyo incondicional en todo momento.

A mi papá por todas sus enseñanzas, tu recuerdo vive en mi y estás en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

A mi segundo Hogar Mi trabajo IMSS y a mi escuela UNAM por todas las oportunidades brindadas.

A mis Amigos quienes me impulsaron para seguir adelante y en momentos difíciles me tendieron la mano para no claudicar, Gracias a ellos ahora este sueño es una realidad.

A mis profesores y compañeros, por sus enseñanzas, su apoyo incondicional y de quienes me llevo lo mejor.

[Escribir texto]

INDICE

1. Título.....	2
2. Dedicatoria y Agradecimientos.....	4
3. Marco Teórico.....	6
4. Antecedentes.....	10
5. Planteamiento del problema.....	11
6. Justificación.....	12
7. Objetivos.....	13
8. Hipótesis.....	13
9. Material y Métodos.....	14
10. Tipo de Estudio.....	14
11. Resultados.....	16
12. Conclusiones	25
13. Bibliografía.....	27

MARCO TEORICO

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal más común. Se conoce que en la época medieval apareció la descripción de una terrible enfermedad, caracterizada por una tumoración grande que contiene pus y que fue denominada "Fosa Ilíaca". Hasta antes del siglo XIX, fue aceptado que la fosa ilíaca era originada por la inflamación del ciego y no del apéndice.^{22,23}

El término apendicitis fue propuesto en 1886 por el patólogo Reginald Fitz, quien en su testimonio "Inflamación perforante del apéndice vermiforme", describió la secuencia: inflamación apendicular, perforación, absceso y peritonitis, y sintió la indicación quirúrgica precoz de esta patología. En 1887, T. G. Morton hizo la primera apendicectomía exitosa por ruptura del apéndice, y a partir de entonces la operación para apendicitis se hizo común.^{21,22,23}

En 1889, Charles Mc Burney describió su famoso punto doloroso, y razonó correctamente que realizar una pronta operación exploratoria con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perforara.

Embriológicamente el apéndice es parte del ciego, formándose en la unión distal en donde se unen las tres tenias. Histológicamente el apéndice es similar al ciego e incluye fibras musculares circulares y longitudinales. Dentro de la capa submucosa se contienen los folículos linfoides en número aproximado de 200; el mayor número de ellos se encuentra entre los 10 y 30 años de edad con un descenso en su número después de los 30 y ausentes completamente después de los 60. Su longitud varía desde la completa agenesia hasta un tamaño mayor de los 30cm, siendo el promedio de 5-10 cm con un grosor de

0.5-1 cm. El apéndice puede mantener diversas posiciones, clásicamente se han postulado la retrocecal, retroileal, pélvica, cuadrante inferior derecho y cuadrante inferior izquierdo; sin embargo, puede mantener cualquier posición en sentido de las manecillas del reloj en relación con la base del ciego.

El mesenterio del apéndice pasa por detrás del íleon terminal y es continuación del mesenterio del intestino delgado. La arteria apendicular cursa por en medio del meso apéndice y es rama de la arteria ileocólica; sin embargo, puede presentarse proveniente de la rama cecal posterior rama de la arteria cólica derecha. El drenaje venoso es paralelo a la irrigación arterial, drenando a la vena ileocólica que a su vez drena a la vena mesentérica superior.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

La obstrucción de la luz apendicular produce una apendicitis. En especial la obstrucción luminal proximal por numerosos factores provoca el aumento de la presión intra apendicular, ya que la producción de moco es constante y la capacidad intra apendicular es a penas de 0.1 mL de capacidad. Lo anterior demuestra por qué la presión intraluminal puede elevarse hasta alcanzar rápidamente los 50-65 mmHg.

[Escribir texto]

Cuando la presión es de 85 mmHg o mayor, la presión venosa es excedida y el desarrollo de isquemia de la mucosa es inevitable. En este momento la trombosis de las vénulas que drenan el apéndice está presente o fase I de la apendicitis en la cual se encuentra edematosa e hiperémica. Con la congestión vascular la mucosa apendicular se vuelve hipóxica y comienza a ulcerarse, resultando en un compromiso de la barrera mucosa con la posterior traslocación de las bacterias intraluminales hacia la pared apendicular, presentándose la fase II de la apendicitis. Este proceso inflamatorio progresa involucrando la serosa del apéndice que inflama el peritoneo parietal resultando en el cambio característico del dolor hacia la fosa ilíaca derecha. Si la presión intraluminal continúa elevándose se produce un infarto venoso, necrosis total de la pared y perforación con la posterior formación de un absceso localizado o fase III de la apendicitis. Si en su defecto no se forma el absceso y en cambio se presenta una peritonitis generalizada se estará hablando de la fase IV de la apendicitis. Un estudio demostró que dentro de la evolución de la apendicitis aguda, la gangrena apendicular se presenta a las 46.2 horas y la perforación a las 70.9 h. La causa más común de la obstrucción intestinal son los fecalitos, seguido de la hiperplasia linfoidea, fibras vegetales, semillas de frutas, restos de bario de estudios radiológicos previos, gusanos intestinales y tumores como los carcinoides.

CUADRO CLÍNICO Y PRESENTACIÓN

El diagnóstico de la apendicitis aguda continúa siendo clínico,^{1,3,4,6,10,11,14} una historia clínica bien desarrollada, así como una buena exploración física dan el diagnóstico en la mayoría de los casos. Cuando el diagnóstico se retrasa, el aumento de la morbi mortalidad aumenta considerablemente; bajo esta situación una presentación atípica de apendicitis puede presentarse en menores de dos o mayores de 60 años. Se incluyen en este mismo rubro de cuadros atípicos las presentaciones anatómicas alteradas o modificadas anatómicamente como son: el embarazo, un apéndice largo que se localiza en la fosa ilíaca derecha o un apéndice con localización subhepática o simplemente el situs inversus. En la etapa inicial de la apendicitis el dolor aumenta en el transcurso de 12 a 24 horas y se presenta en 95% de los pacientes con esta entidad. El dolor es mediado por fibras viscerales aferentes del dolor; se caracteriza por ser poco localizado en epigastrio o a nivel periumbilical, ocasionalmente como si fuera un calambre que no mejora con las evacuaciones, el reposo o al cambio de posición. En esta etapa más de 90% de los pacientes adultos presentan anorexia al igual que 50% de los pacientes pediátricos y del total 60% presentarán náusea. Salvo esta excepción en los adultos: un paciente que presenta apetito, debe hacer dudar el diagnóstico. Las evacuaciones diarreicas en los adultos son raras, siendo más común en los niños. Seis a 12 horas de iniciado el cuadro la inflamación del apéndice se extiende a los órganos que lo rodean y al peritoneo parietal motivo por el cual el dolor es localizado en el punto de Mc Burney. Un 25% de los pacientes presentan dolor localizado en el cuadrante inferior derecho desde el inicio del cuadro clínico sin presentar síntomas viscerales. J.B. Murphy fue el primero en enfatizar el orden de ocurrencia de la sintomatología: Dolor, anorexia, aumento de la sensibilidad, fiebre y leucocitosis. El mismo Murphy comentó: .La sintomatología se presenta en la mayoría de los casos y cuando el orden varía, el diagnóstico debe ser cuestionado.. Como en todo hay excepciones; sin embargo, si la náusea o la fiebre se presenta primero, el diagnóstico no es apendicitis.^{4,6,23}

[Escribir texto]

En la inspección general el paciente se mantiene en posición antiálgica, la elevación de la temperatura de 37.5 a 38 °C es común; sin embargo, de 20-50% de los pacientes mantienen una temperatura normal. La palpación abdominal muestra rebote positivo, resistencia abdominal voluntaria e involuntaria, en algunas condiciones se puede palpar un plastrón. En las mujeres el tacto rectal y vaginal son mandatorios, ya que son necesarios para el diagnóstico diferencial. Dentro de las maniobras, puntos dolorosos y signos descritos se encuentran los siguientes: Punto doloroso de Mc Burney: Punto doloroso a la palpación en la unión del tercio medio con el inferior al trazar una línea imaginaria entre el ombligo y la cresta ilíaca derecha Punto de Morris: Punto doloroso en la unión del tercio medio con el tercio interno de la línea umbilico-espinal derecha. Se asocia con la ubicación retroileal del apéndice. Punto de Lanz: Punto doloroso en la convergencia de la línea interespinal con el borde externo del músculo recto anterior derecho. Se asocia con la ubicación en hueco pélvico del apéndice. Punto de Lecene: Punto doloroso aproximadamente dos centímetros por arriba y por afuera de la espina ilíaca anterosuperior. Se asocia con la ubicación retrocecal del apéndice. Signo de Sumner: Defensa involuntaria de los músculos de la pared abdominal sobre una zona de inflamación intraperitoneal. Es más objetivo que el dolor a la presión y se presenta en 90% de los casos. Signo de Blumberg: Dolor en fosa ilíaca derecha a la descompresión. Se presenta en 80% de los casos. Signo de Mussy: Dolor a la descompresión en cualquier parte del abdomen. Es un signo tardío de apendicitis ya que se considera en este momento una apendicitis fase IV. Signo de Aaron: Consiste en dolor en epigastrio o región precordial cuando se palpa la fosa ilíaca derecha. Signo de Rovsing: Dolor en fosa ilíaca derecha al comprimir la fosa ilíaca izquierda, es explicado por el desplazamiento de los gases por la mano del explorador del colon descendente hacia el transversal, colon ascendente y ciego, que al dilatarse se moviliza produciendo dolor en el apéndice inflamado. Signo de Chase: Dolor en fosa ilíaca derecha al hacer compresión en la región del colon transversal, la explicación es la misma que el signo anterior. Signo del Psoas: Se apoya suavemente la mano en la fosa ilíaca derecha hasta provocar un suave dolor y se aleja hasta que el dolor desaparezca, sin retirarla, se le pide al enfermo que sin doblar la rodilla levante el miembro inferior derecho; el músculo psoas aproxima sus inserciones y ensancha su parte muscular movilizándolo el ciego y proyectándolo contra la mano que se encuentra apoyada en el abdomen, lo que provoca dolor. Es sugestivo de un apéndice retrocecal. Signo del obturador: Se flexiona la cadera y se coloca la rodilla en ángulo recto, realizando una rotación interna de la extremidad inferior, lo que causa dolor en caso de un apéndice de localización pélvica. Tríada apendicular de Dieulafoy: Consiste en hiperestesia cutánea, dolor abdominal y contractura muscular en fosa ilíaca derecha. Maniobra de Klein: Con el paciente en decúbito dorsal se marca el punto abdominal más doloroso, se cambia de posición al paciente a decúbito lateral izquierdo y se presiona nuevamente el punto doloroso. Para apendicitis aguda el punto doloroso sigue siendo el mismo y el paciente flexiona el miembro pélvico derecho, para linfadenitis el punto doloroso cambia. Maniobra de Alders: La misma maniobra anterior sólo que diferencia el dolor uterino del apendicular. Maniobra de Hausmann: Se presiona el punto de Mc Burney, se levanta el miembro inferior extendido hasta que forme con el plano de la cama un ángulo de unos 60°; el dolor aumenta en la apendicitis. Signo de Talo percusión: Dolor en fosa ilíaca derecha con paciente en decúbito dorsal al elevar ligeramente el miembro pélvico derecho y golpear ligeramente en el talón. Signo de Britar: Ascenso testicular derecho al hacer

[Escribir texto]

presión en la fosa ilíaca derecha. Signo de Llambias: Al hacer saltar al enfermo el dolor aumenta en fosa ilíaca derecha. Signo de San Martino y Yodice: La relajación del esfínter anal permite que desaparezcan los dolores reflejos y que sólo permanezca el punto verdaderamente doloroso. Signo de Chutro: Por contractura de los músculos, hay desviación del ombligo hacia la fosa ilíaca derecha²³. Signo de Cope: Sensibilidad en el apéndice al estirar el músculo psoas por extensión del miembro inferior. Signo de Horn: Se produce dolor en la fosa ilíaca derecha por tracción del cordón espermático derecho. Signo de Rove: El dolor apendicular es precedido por Dolor en epigastrio. Aun cuando no es descrito como tal, la taquicardia es un excelente marcador de la severidad del proceso y es característico de la apendicitis perforada con Síndrome de Respuesta Inflamatoria Severa.²³

LABORATORIOS

El hallazgo más común es la elevación de los leucocitos a 15,000/mm, neutrofilia por arriba de 75%. Sin embargo, no son hallazgos que siempre está presente. El resto de los hallazgos laboratoriales es irrelevante e inconstante.²³

IMAGENOLOGÍA

Radiografías de abdomen

El hallazgo patognomónico es el apendicolito encontrado únicamente de 5-8%, otros hallazgos no patognomónicos, pero encontrados comúnmente son gas en el apéndice, íleo paralítico localizado, pérdida de la sombra cecal, borramiento del psoas derecho, escoliosis derecha, opacidad en la fosa ilíaca derecha, líquido o aire libre intraperitoneal.²³

Ultrasonido

Los criterios para el diagnóstico ecográfico de apendicitis aguda incluyen la visualización de una imagen tubular, localizada en la FID, cerrada en un extremo, no compresible por medio del transductor, con un diámetro transversal mayor a 6 mm y una pared engrosada mayor de 2 mm, pueden encontrarse también una apendicitis focal, pérdida de la continuidad de la mucosa, líquido dentro de la luz apendicular, apendicolito, colección líquida circunscrita, masa periapendicular, ecogenicidad peri cecal aumentada y linfadenitis mesentérica.²³

TAC

Los criterios están bien establecidos para diferenciar un apéndice normal de uno inflamado: Visualización del apéndice y diámetro de 6 o más mm³⁵ con sensibilidad y especificidad de 87-100% y de 95-99%, respectivamente.²³

TRATAMIENTO

En cualquier caso de apendicitis aguda el tratamiento es quirúrgico y el uso de antibióticos en el pre y en el postoperatorio debe de ir encaminado hacia los microorganismos principalmente aislados posteriormente ajustados al resultado del cultivo tomado durante el acto quirúrgico.²³

[Escribir texto]

ANTECEDENTES

La apendicitis aguda afecta del 7 al 10 por ciento de la población en general^{1,2,4,7,10, 16, 18}, y representa la primera causa de cirugía en nuestro país^{1,3,9}, así como la cuarta en EEUU.²

La apendicitis aguda es la afección quirúrgica que con más frecuencia se presenta en los servicios de Urgencias^{1,2,3,4,5,6,8,9,11,13,17,18,19,20,21,22,23} se puede presentar en todas las edades, sin embargo, es rara en los extremos de la vida^{1,7,17}, en donde la mortalidad es mayor por lo difícil del diagnóstico y porque el organismo carece de un buen sistema de defensa. La máxima frecuencia se encuentra en el segundo y el tercer decenio de edad.

La perforación es más común en la lactancia^{2,4,21} y en los ancianos^{2 5,8} periodos durante los cuales las tasas de mortalidad son las más elevadas. Hombres y mujeres son afectados con la misma frecuencia, excepto entre la pubertad y los 25 años de edad, período en que predomina la afección de los varones, en una relación de 3:2.

En los últimos 50 años ha ocurrido un dramático descenso de la mortalidad asociada a la apendicitis aguda (26 al menos del 1%). Sin embargo, la morbilidad todavía hoy refleja una alta incidencia de perforaciones (17 al 20 %) a pesar de los diagnósticos realizados por imágenes y del desarrollo biotecnológico alcanzado^{7,10}.

[Escribir texto]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La apendicetomía es el tratamiento para apendicitis aguda. Las complicaciones de las intervenciones por apendicitis aguda no son infrecuentes, a pesar de los avances tecnológicos de la cirugía.^{6,19,}

Las causas que condicionan sus complicaciones son aun poco conocidas, por lo que su determinación sería importante para disminuir la morbilidad y mortalidad posoperatoria. Todo esto nos lleva a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo para complicaciones de apendicitis aguda, cuál es incidencia de la perforación y si el retraso en el tratamiento quirúrgico aumenta la morbi-mortalidad.?

[Escribir texto]

JUSTIFICACION

La apendicetomía por apendicitis aguda continua siendo hoy la operación de urgencia mas frecuente en los servicios quirúrgicos y a pesar de eso, las causas que condicionan sus complicaciones son aun poco conocidas.

Por lo que su determinación seria importante para disminuir la morbi-mortalidad pos operatorias. El concepto de que con el paso del tiempo un apéndice inflamado progresará a la perforación, ha sido el pilar del abordaje tradicional a la apendicitis, como una enfermedad quirúrgica aguda que requiere una intervención urgente.

“este estudio se realizo con la autorización del comité local de investigación y ética de la delegación, estudio sin intervención”

[Escribir texto]

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Identificar algunos factores relacionados con la aparición de complicaciones en los pacientes apendicectomizados por esta enfermedad tan común en especial los concernientes a edad , enfermedades asociadas, tiempo de evolución del dolor hasta que solicita atención médica, pre medicación, estancia preoperatoria, diagnostico de ingreso, fase de apendicitis la asociación entre el tiempo desde la admisión hasta la realización de la apendicectomía y la tasa de perforación, complicaciones y la actuación del urgenciólogo para la prevención de la morbi-mortalidad.

HIPOTESIS

Al efectuarse el diagnostico oportuno de la apendicitis aguda, debe efectuarse la apendicectomía, este proceder esta indicado tanto en casos confirmados, como en los que la misma no puede ser excluida del diagnostico diferencial, debido a que la morbilidad y mortalidad ocasionadas por una exploración del abdomen son menores.

[Escribir texto]

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:

LUGAR DEL ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en el Hospital general de zona 194 del segundo nivel de atención "LIC IGNACIO GARCIA TELLEZ " perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social , con una población total a diciembre del 2011 de 306 981 pacientes, de los cuales pertenecen a UMF 61, 65, 80, 97 y 190.

Ubicado en Naucalpan Estado de México, con dirección en Avenida Gustavo Baz s/n. El cual consta 5 niveles , con un área de estacionamiento en sótano y en 2do piso , y con consultorios médicos de especialidades troncales, un área de urgencias , un área de toco cirugía ,área de terapia intensiva y urgencias pediátricas, 5 quirófanos , aéreas específicas para la realización de estudios de laboratorio y radiodiagnóstico.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, de 129 pacientes, de 16 a 60 años con diagnóstico posoperatorio de apendicitis aguda del HGZ 194 de Naucalpan Estado de México, del 1 de enero al 31 de diciembre 2011.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron pacientes menores de 16 años y mayores de 60 años; mujeres embarazadas y pacientes con diagnóstico postoperatorio distinto a apendicitis aguda. Así como expedientes incompletos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes de 16 a 60 años del HGZ 194 con Diagnostico posoperatorio de apendicitis aguda con expedientes que cumplieran con todos los requisitos necesarios para el desarrollo de dicha investigación.

[Escribir texto]

Las variables investigadas para el presente estudio, tales como edad, sexo; antecedentes de cirugías previas sobre el abdomen, principales enfermedades que ocasionan riesgo quirúrgico, pre medicación, tiempo de evolución desde el inicio del dolor hasta su ingreso al servicio de urgencias, tiempo de estancia hasta su tratamiento quirúrgico, tiempo transcurrido desde la apendicectomía hasta inicio de presencia de la complicación, complicaciones más frecuentes, mortalidad, fueron tomados de los expedientes del archivo clínico tomados de las hojas de egreso del servicio de Cirugía General, creándose una base de datos que fueron procesados mediante el programa SPSS 20. Los datos reseñados son presentados como porcentaje o como media \pm desviación estándar (DE). Las variables continuas de interés fueron dicotomizadas utilizando puntos de corte clínicamente significativos. Las proporciones fueron comparadas utilizando la prueba de χ^2 o la exacta de Fisher y las medias fueron comparadas usando la prueba no apareada de t de Student La significación estadística fue considerada para una $P < 0,05$.

Se realiza un análisis estadístico y descriptivo de las variables de la investigación, a partir de la base de datos creada. Los resultados obtenidos se muestran para su análisis y discusión en forma de tablas y gráficos

RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.

Los Recursos Humanos; un investigador (Medico Investigador).

Los Recursos Físicos; Expedientes médicos tomados del Archivo clínico del HGZ previa autorización de jefe del ARIMAC, Director Médico del HGZ 194 y Jefe de enseñanza, un cuaderno, Bolígrafo, lápiz, hojas de papel bond, un cartucho de tinta negra, un equipo de computación e impresora

Los Recursos Financieros; Suficiente y necesario para el desarrollo de la investigación, serán solventados por propio investigador.

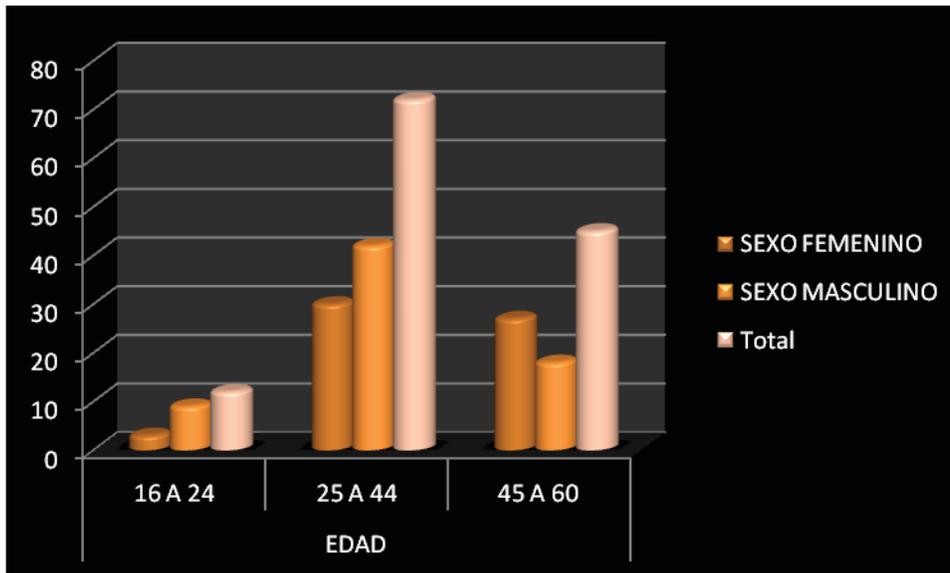
[Escribir texto]

RESULTADOS:

Se obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto a sexo 69 pacientes fueron del sexo masculino (53.48%) del femenino fueron 60 pacientes (46.52 %) (tabla 1). En donde se observa que tanto en edad de 16 a 24 años como en 25 a 44 años predomina el sexo masculino, no así de 45 a 60 años en donde el sexo femenino es el de mayor frecuencia.

Tabla 1 SEXO * EDAD

sexo	EDAD			Total
	16 A 24	25 A 44	45 A 60	
FEMENINO	3	30	27	60
MASCULINO	9	42	18	69
Total	12	72	45	129



[Escribir texto]

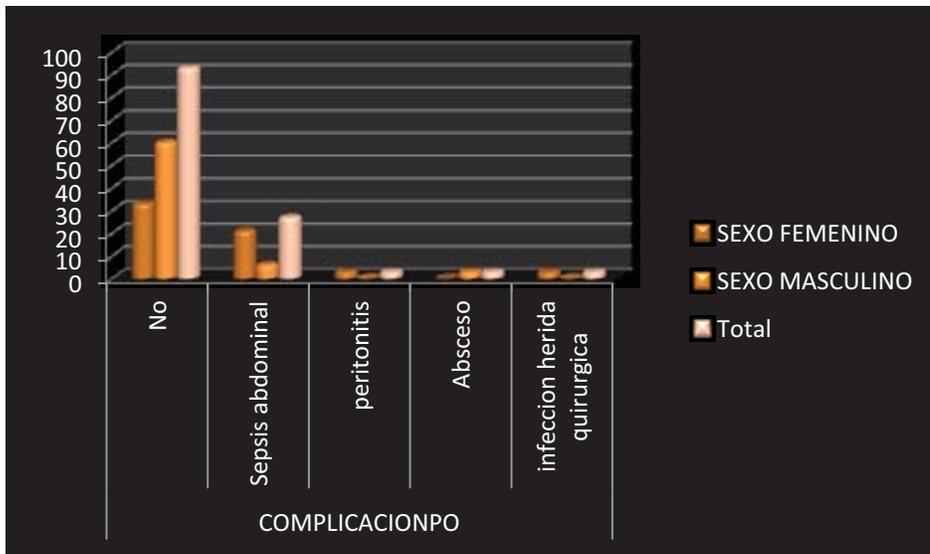
Se encontró que la incidencia mayor para complicaciones posoperatorias fue en sexo femenino y que éste además con antecedente de menor porcentaje en cirugías abdominales previas, ver tablas (2 y 3)

Tabla 2 SEXO * COMPLICACION POS OPERATORIAS

Recuento

sexo	COMPLICACION POSOPERATORIA					Total
	No	Sepsis abdominal	peritonitis	Absceso	infección herida quirúrgica	
Femenino	33	21	3	0	3	60
Masculino	60	6	0	3	0	69
Total	93	27	3	3	3	129

Grafica 1



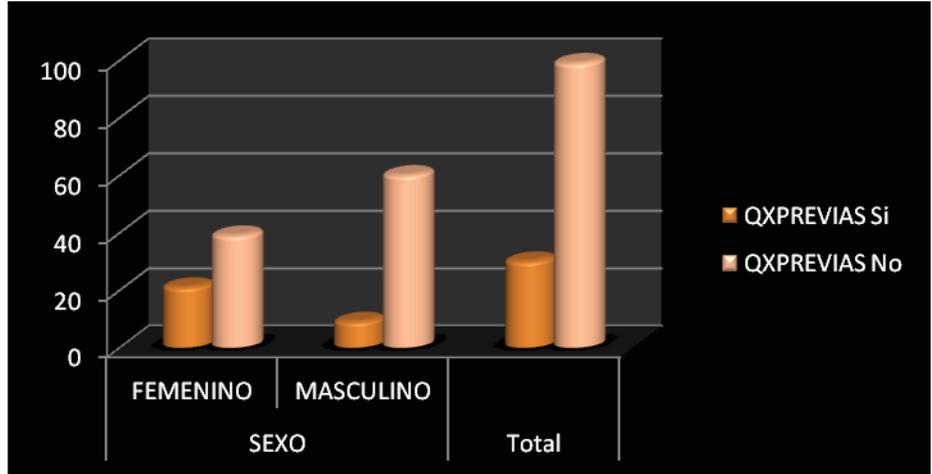
[Escribir texto]

El riesgo para complicación de apendicitis aguda por cirugía previa es de un 6.97%

Tabla 3 SEXO QX PREVIAS

sexo	QX PREVIAS		Total
	Si	No	
FEMENINO	21	39	60
MASCULINO	9	60	69
Total	30	99	129

Grafica 2



Por grupo de edad el porcentaje de complicaciones para el grupo de 25 a 44 años es igual que el grupo de 45 a 60 años con un 13.95% de los cuales el 11.6% con sepsis abdominal para el grupo de 25 a 44 años y 9.3% para el grupo de 45 a 60 años, peritonitis: 2.32% sólo en el grupo de 25 a 44 años y absceso e infección de herida en el grupo de 45 a 60 años en un 2.32% respectivamente, no encontrando complicaciones posoperatorias en el grupo de 16 a 24 años.

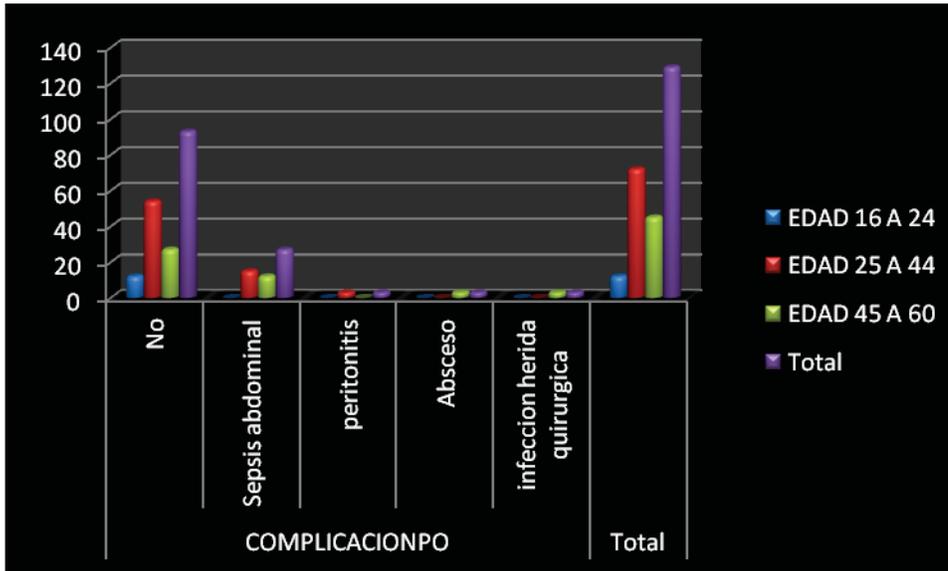
Tabla 4 COMPLICACION PO * EDAD

Recuento

COMPLICACION PO	EDAD			Total
	16 A 24	25 A 44	45 A 60	
No	12	54	27	93
Sepsis abdominal	0	15	12	27
peritonitis	0	3	0	3
Absceso	0	0	3	3
infección herida quirúrgica	0	0	3	3
Total	12	72	45	129

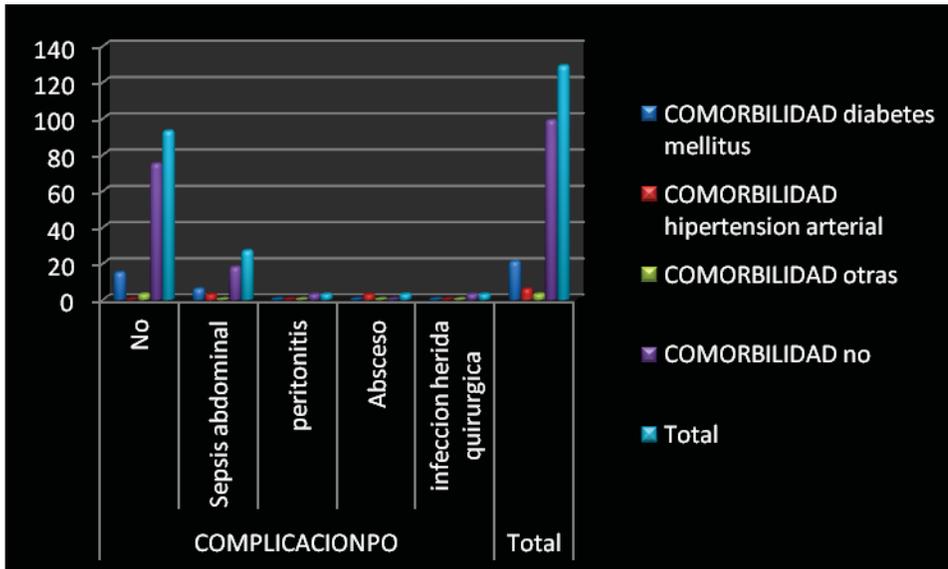
[Escribir texto]

Grafica3



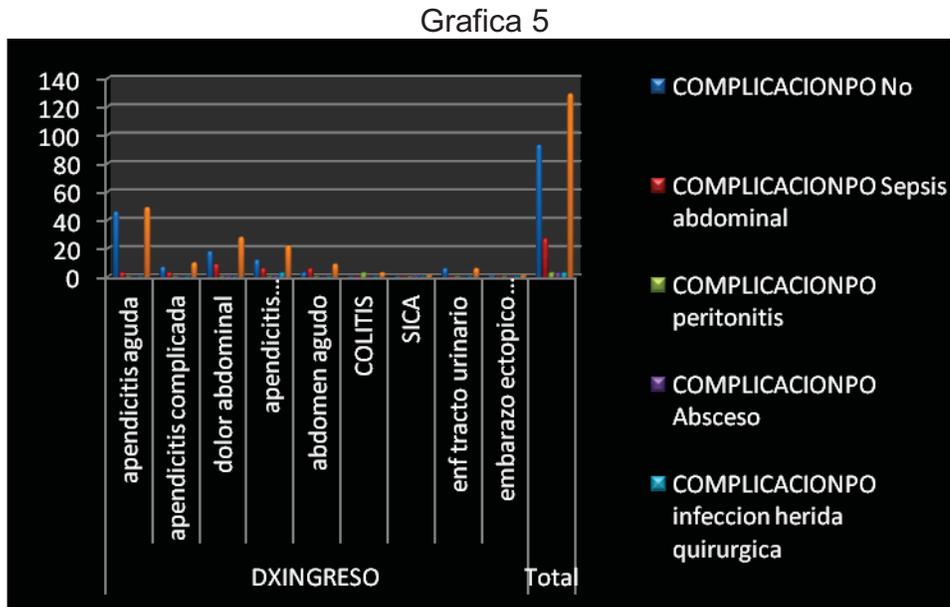
Pacientes con comorbilidad como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial presentaron el mismo porcentaje de complicacion posoperatoria en un 4.64%(Grafica 4)

Grafica 4



[Escribir texto]

Del total de los pacientes que a su ingreso se hizo diagnóstico de Colitis(2.32%) presentaron como complicación una Peritonitis diagnosticada inmediatamente (dentro de las primeras 24 horas posquirúrgicas), Otros de los diagnósticos de ingreso para pacientes con Dx final de Apendicitis Aguda fueron Embarazo Ectópico, Enfermedad del Tracto urinario y SICA. (Gráfica 5)



En cuanto a los Hallazgos quirúrgicos el 20.93% se reportaron como Apendicitis en Fase I y IV, EL 39.53% Fase II, Y 18.6% Fase III. De los cuales el 2.32% de Fase IyIII, el 11.62% Fase II Y EL 4.64% Fase IV presentaron como complicación Sepsis Abdominal, Las complicaciones tales como absceso e Infección de Herida Quirúrgica se presentaron únicamente en Apendicitis fase IV.(Tabla 5, Gráfica 6).

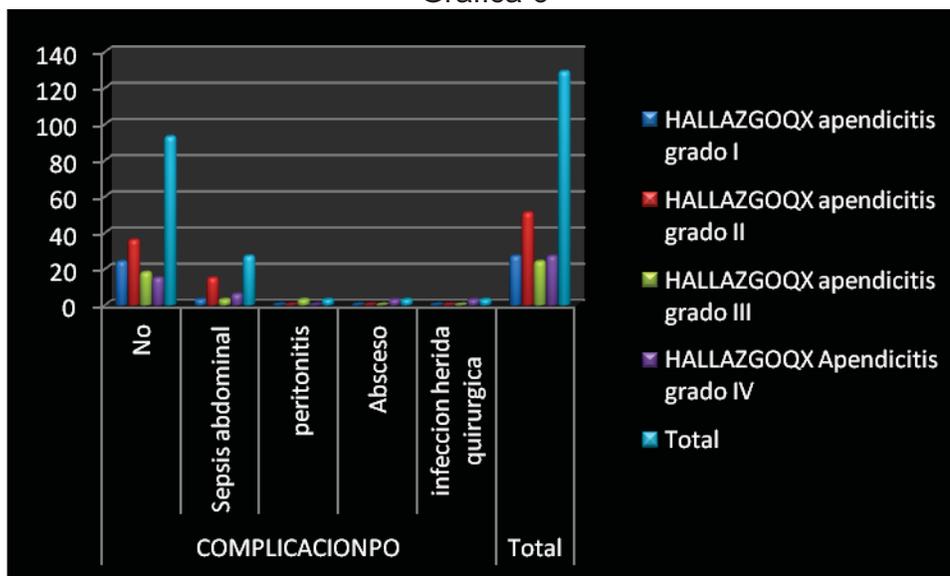
[Escribir texto]

Tabla de contingencia 5 COMPLICACIONPO * HALLAZGOQX

Recuento

COMPLICACION POS OPERATORIA	HALLAZGOQX				Total
	apendicitis grado I	apendicitis grado II	apendicitis grado III	Apendicitis grado IV	
No	24	36	18	15	93
Sepsis abdominal	3	15	3	6	27
peritonitis	0	0	3	0	3
Absceso	0	0	0	3	3
infección herida quirúrgica	0	0	0	3	3
Total	27	51	24	27	129

Grafica 6



[Escribir texto]

En la Tabla 6 y Grafica 7 se esquematiza las complicaciones según el tiempo de evolución, en donde el 9.3% que corresponde al mayor porcentaje se presentó con evolución mayor a 72 horas.

Grafica 7

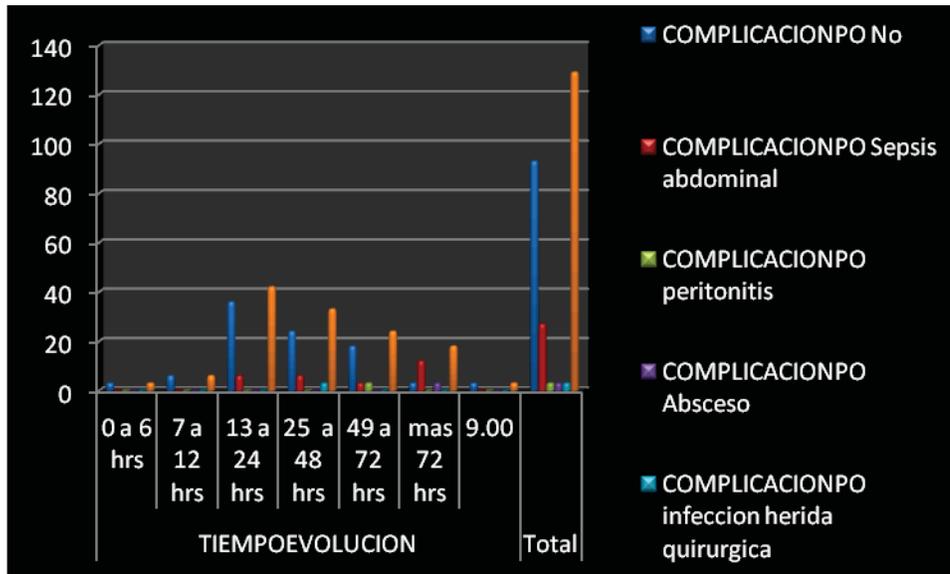


tabla 6 COMPLICACIÓN/TIEMPO DE EVOLUCION DESDE EL INICIO DEL DOLOR

COMPLICACIONPO	TIEMPO de EVOLUCION							Total
	0 a 6 hrs	7 a 12 hrs	13 a 24 hrs	25 a 48 hrs	49 a 72 hrs	72 a 96 hrs	97omas	
No	3	6	36	24	18	3	3	93
Sepsis abdominal	0	0	6	6	3	12	0	27
peritonitis	0	0	0	0	3	0	0	3
Absceso	0	0	0	0	0	3	0	3
infección herida quirúrgica	0	0	0	3	0	0	0	3
Total	3	6	42	33	24	18	3	129

[Escribir texto]

En este HGZ 194 el 46.51% fue intervenido quirúrgicamente dentro de las primeras 6 hrs de estancia en servicio de urgencias, el 25.58% en las siguientes 6 horas, el 20.93% antes de 24 hrs, el 4.64% dentro del as 25 a 48 hrs de estancia y el 2.32% después de 49 horas de estancia hospitalaria.

Grafica 8

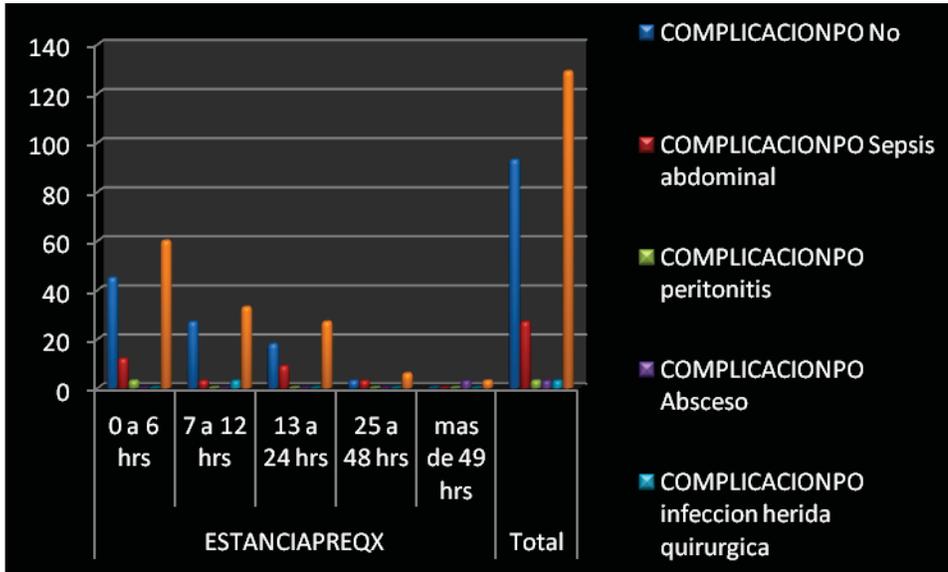


Tabla 7 de contingencia COMPLICACIONPO * ESTANCIAPREQX

Recuento

COMPLICACIONPO	ESTANCIAPREQX					Total
	0 a 6 hrs	7 a 12 hrs	13 a 24 hrs	25 a 48 hrs	mas de 49 hrs	
No	45	27	18	3	0	93
Sepsis abdominal	12	3	9	3	0	27
peritonitis	3	0	0	0	0	3
Absceso	0	0	0	0	3	3
infección herida quirúrgica	0	3	0	0	0	3
Total	60	33	27	6	3	129

[Escribir texto]

Del total de las complicaciones posquirúrgicas que se presentaron en los pacientes de este Hospital, el 9.3% se presentó dentro de las primeras 24 horas, y un 2.32% en el segundo día y otro 2.32% en el tercer día post quirúrgico.

Grafica 9

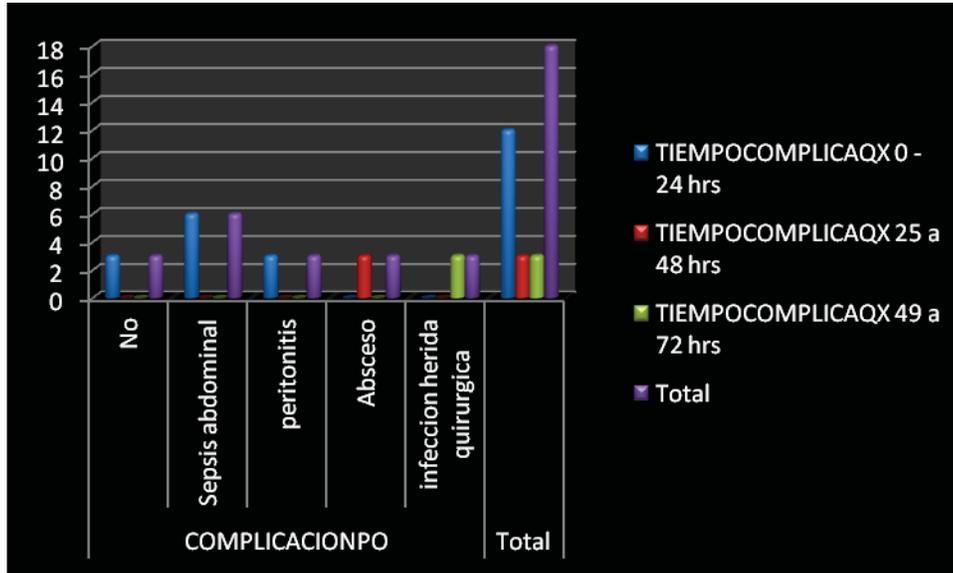


Tabla 8 Complicación PO/ Tiempo de inicio de complicación

COMPLICACION POS OPERATORIA	TIEMPO COMPLICACION			Total
	0 - 24 hrs	25 a 48 hrs	49 a 72 hrs	
No	3	0	0	3
Sepsis abdominal	6	0	0	6
peritonitis	3	0	0	3
Absceso	0	3	0	3
infección herida quirúrgica	0	0	3	3
Total	12	3	3	18

CONCLUSIONES

En este trabajo de investigación los resultados que se obtuvieron de la muestra que se tomó para dicho estudio, coincide estadísticamente con trabajos de investigación y publicaciones realizados en otros hospitales nacionales y en otros países.

La incidencia para presentación de la enfermedad fue mayor en el grupo de edad de 25 a 44 años, con mayor incidencia en el sexo femenino, no así en el grupo de edad de 45 a 60 años en donde predomina el sexo masculino.

De las complicaciones posoperatorias por comorbilidad el principal factor de riesgo presentado en este estudio fue la presencia de cirugía previa abdominal en un 4.64% vs 2.32 % presentado en Pacientes con Diabetes Mellitus y otro 2.32% en pacientes con Hipertensión Arterial.

Otro factor de riesgo para complicación de apendicitis aguda es el retraso en solicitar la atención medica, el retraso en la intervención quirúrgica y el error en el Diagnostico, lo que traduce en complicaciones tales como peritonitis, sepsis abdominal, absceso, infección de herida quirúrgica.

El tiempo de estancia pre quirúrgica en este HGZ 194 fue de 46.51% para las primeras 6 horas, el 72.09% fue intervenido antes de 12 hr, y un total de 93.02% en menos de 24 horas.

Durante ésta revisión se observó un caso de error diagnostico (no encontrando en la literatura como diagnostico diferencial de Apendicitis Aguda,) haciendo diagnostico inicial de SICA, que fue trombolizado y posteriormente se hace Dx de Apendicitis aguda limitando al cirujano para intervención quirúrgica de urgencia por estar contraindicado. Esto justifica de alguna manera el retraso en el tratamiento quirúrgico para éste único caso.

En ésta revisión no se encontró expediente que reportara complicaciones tardías, todas las observadas se presentaron dentro de los primeros 3 días postquirúrgicos. Y ningún caso de mortalidad por complicaciones secundarias a apendicectomía.

[Escribir texto]

De todas las complicaciones presentadas, el 75% se trató de sepsis abdominal, observando que ésta se presentó en las cuatro fases de Apendicitis, Interrogante que deberá estudiarse a fondo para determinar la causa.

Algunas desviaciones encontradas al realizar dicho estudio, fueron 1-la existencia de subregistros, sobre todo en el caso de complicaciones que no requieren hospitalización ya que solo se capta en servicio de Urgencias pero no se plasma en expediente clínico del HGZ, ya que estos pacientes son derivados a su UMF para continuar tratamiento ambulatorio, 2-expedientes incompletos, 3-la omisión del paciente para cita subsecuente con cirujano, 4-la inexistencia de expedientes en el área de archivo entre otros; para lo que se sugiere mayor apego a la NOM del expediente clínico, Unificación sistematizada de información entre UMF y HGZ, Y mayor prevención y educación al derechohabiente para evitar automedicación y solicitar atención médica oportuna, lo que reduciría la morbi-mortalidad en todos los ámbitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Dra Gomez Sarubbi, E. A. Complicaciones en las Pacientes con Apendicitis Aguda Perforada en el HG" Ignacio Zaragoza "del priemro de Junio del 2004 al 31 de Mayo del 2005. Revista de Especialidades Médico Quirurgicas, 11 (2).
- 2.-Zenen Rodriguez Fernandez, e. a. (2006). Complicaciones de la Apendicectomía por Apendicitis Aguda. Santiago Cuba.Cuba.
- 3.-Appendiceal Mass: is Interval Appendicectomy "Something of the past"? World J Gastroenterol 2011 July 7; 17(25): 2977-298 ISSN 1007-9327 (print) ISSN2219-2840
- 4.-Bravo A; Moreno M, San Germán L. Apendicitis Aguda en la Infancia. La Importancia de su Diagnóstico Temprano. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2009;(52) 1: 5-7.
- 5.-Lee J, Leow C, Lau W. Appendicitis in the Elderly. Australian & New Zealand Journal of Surgery. 2000;(70) 8: 593-596.
- 6.-Fernández Z. Diagnosis of Acute Appendicitis: Current Criteria. Revista Cubana de Cirugía. 2009; (48) 3: 1-9.
- 7.-Fernández Z. Complicaciones de la Apendicectomía por Apendicitis Aguda. Revista Cubana de Cirugía. 2010;(49) 2: 1-12.
- 8.-Ferrer H, Mesa O; Camejo, Vázquez S. Apendicitis Aguda: Estudio Estadístico de 214 casos operados. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2007;(26)3: 1-6.
- 9.-Cirugía Española. Artículo Especial Octubre. vol. 68 –numero 4; págs. 376 – 380; 2001.
- 10.-Cabrejos Pita José G, Novoa E. Aldo y Otros. Factores Causantes y Consecuencias de la Demora en el Tratamiento Quirúrgico de Pacientes con Apendicitis Aguda en el hospital de Chachapoyas entre 1995 – 2000 trabajo de investigación.
- 11.-Costa O, Colombo. Postoperative Complications in Acute Abdomen Prospective Study of 586 Patients. Rev.Hosp.Clin.Fac,Med. Sao Paulo. 45, 2,61-6; 2001.
- 12.-Chuquispuma Caycho Carlos. Correlación Clínico Histopatológico de Apendicitis Aguda en el Hospital Arzobispo Loayza Enero –Diciembre. Lima Tesis; 2000.
- 13.-Efficacy of Basic Surgical Diagnosis in Acute Abdominal Pain. Rev. Norteamericana Experiencia en San Francisco ;144, 47 – 5; 2002.

[Escribir texto]

14.-Egoavil Arnaez Román G. la Demora en el Tratamiento Quirúrgico Como Factor de Complicación en Pacientes con Apendicitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero- Junio Tesis 1999.

15.- Incidence of Complicated Acute Appendicitis the Institute the Gastroenterologic; Revista Medica Sucre – Bolivia 64 (114) 47-50 Nov.-Jun / 465 – 43; 2003.

16.-Jiménez Carrazana Agustín. Tratamiento Quirúrgico de la Apendicitis Aguda Resección o Derivación; Rev. Cubana, 40 (4): 272 – 5; 2001.

17.- Kim Choy Ng, Shin Wei Lai. Clinical Analysis of the Related Factors in Acute Appendicitis “.Yale Journal of Biology and Medicine; Vol. 75 pp.41 – 45 February 26; 2001.

18.-Nicho S y Arnado de los Rios. Complicated Acute Appendicitis. Intercurrent Disease in Patient With Advanced Gastric Cancer; Revista Gastroenterologico. Perú 21 (1) 64 – 6 Enero- Mar. 2001.

19.-Pon Aguirre, M. Comportamiento Clínico Tratamiento y Complicaciones de Pacientes con Apendicitis Aguda en el Servicio de Cirugía. Cir. Acute /32 –45.htm; 1999.

20.-Sanabria Quiroga A. S; Henao Pérez, C. Diagnostico de Apendicitis Aguda en un Centro de Referencia un Enfoque Basado en la Evidencia” Trabajo de Investigación Universidad de Antioquia –Hospital San Vicente de Paúl Medellín Colombia. 1999.

21.-Vicente F. Epidemiology Standardización Project II in Patologys Digestives. Rev.Cubana de Cirugía 2001; 62;652 -5.

22.-Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo 3ª Ed C.Gutierrez Sampeiro,v. Manuel Arrubarrena Aragon, S.F. Campos Campos. Manual Moderno.

23.- Rev Hosp Jua Mex 2009; 76(4): 210-216 Rebollar González RC y Cols. Apendicitis Aguda

[Escribir texto]

[Escribir texto]