



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
PEDIATRIA**

**TITULO DEL TRABAJO
“INICIO DE LA VIA ORAL EN LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE
APENDICITIS EN EL HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA**

**PRESENTADO POR
DRA. VIRGINIA SOLEDAD RESENDIZ MARTINEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
PEDIATRIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR LUIS VELASCO SORIA**

- 2016 -

México, D. F.



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.

**INICIO DE LA VIA ORAL EN LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE
APENDICITIS EN EL HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA**

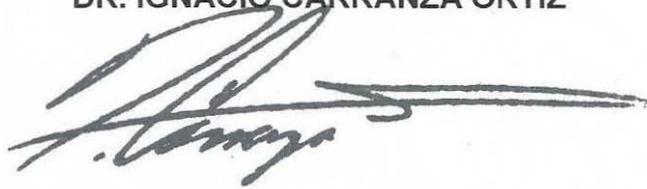
DRA. VIRGINIA SOLEDAD RESENDIZ MARTINEZ

**Vo. Bo.
DR LUIS RAMIRO GARCIA LOPEZ**



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

**Vo. Bo.
DR. IGNACIO CARRANZA ORTIZ**



DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION

**DIRECCION DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**INICIO DE LA VIA ORAL EN LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE
APENDICITIS EN EL HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA**

DRA. VIRGINIA SOLEDAD RESENDIZ MARTINEZ

Vo. Bo.
DR LUIS VELASCO SORIA



**DIRECTOR DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA DEL
HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA**

***“Los hombres que se ocupan de restaurar la salud de los demás uniendo
habilidad con humanidad están sobre los grandes de la tierra. Aún
comparten la divinidad, ya que preservar y renovar es casi tan noble como
crear.”***

Voltaire

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme permitido vivir hasta este día, acompañado y guiado a lo largo de mi vida y mi carrera, por ser mi apoyo, mi luz, mi camino y mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo de felicidad.

Le doy gracias a mis padres Gabriel y Juliana por todo el apoyo brindado a lo largo de mi vida, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, por la oportunidad de estudiar esta carrera. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos José, Raúl, Cesar, por ser parte importante de mi vida. Por apoyarme en aquellos momentos de necesidad. Por llenar mi vida de alegrías, amor cuando más los he necesitado y de grandes momentos que hemos compartido. Por su inmensa paciencia, comprensión, apoyo incondicional y ánimo recibido. Por soportar mis ratos de histeria.

A la Familia Martínez Isidro que son parte importante de mi vida, por su apoyo incondicional en todo momento, por su confianza.

Les agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a todos mis profesores; con especial agradecimiento al Dr. Javier López Castellanos y la Dra. Zoraya Hernández Veloz por haber compartido conmigo sus conocimientos, por su tiempo, su paciencia y su amistad.

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial al Dr. Luis Velasco Soria, director de esta investigación, por el interés mostrado por mi trabajo y las sugerencias recibidas, por la orientación, el seguimiento, la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo; con el que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza en mí depositada.

A todos ellos, muchas gracias.

Vicky

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis:

A mis padres quienes me apoyaron todo el tiempo tanto moral como económicamente.

A mis Hermanos por su paciencia, comprensión, apoyo incondicional y animo recibido.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

A mi director de tesis por su confianza, y el apoyo brindado para la realización de esta tesis.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes les debo su apoyo incondicional.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	1
2. MATERIAL Y METODOS.....	7
3. RESULTADOS.....	8
4. DISCUSION.....	13
5. CONCLUSIONES.....	17
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	18

INICIO DE LA VIA ORAL EN LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE APENDICITIS EN EL HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

RESUMEN

Introducción. Pacientes postoperados de apendicectomía presentan disminución de la motilidad intestinal. El inicio de la vía oral, es una incógnita, el método de alimentación por vía oral temprana, no produce complicaciones y reduce la estancia hospitalaria; se posterga debido al temor de complicaciones. El objetivo que proponemos es establecer criterios para el inicio de la vía oral en pacientes postoperados de apendicectomía.

Material y método. Estudio descriptivo, prospectivo, 45 pacientes postoperados de apendicitis, edades preescolares, escolares y adolescentes.

Resultados. Veinticuatro pacientes sufrieron apendicectomía no complicada y 21 complicada. Flatos en 44, evacuaciones en 34 y peristalsis en 44 de los pacientes. Se inició vía oral con dieta líquida (agua, jugos, té, gelatina), 6 cumplieron los criterios para inicio de vía oral tempranamente, 19 fueron dados de alta 2 días del posoperatorio.

Conclusiones. Inicio de vía oral es seguro cumpliendo al menos uno de los criterios establecidos de motilidad intestinal.

Palabras clave. Apendicitis, inicio vía oral, flatos, evacuaciones, peristalsis.

INTRODUCCION

La apendicitis es la causa más común de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica durante la edad pediátrica. Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme; que inicia con obstrucción de la luz, por diferentes causas como fecalitos, parásitos, bacterias, virus, cuerpos extraños, procesos inflamatorios inespecíficos y tumores, también existe predisposición genética, inmunológica, dieta baja en fibra y condiciones geográficas. Esto trae en consecuencia aumento de la presión intraluminal, obstrucción vascular y perforación de la pared.¹

La incidencia de apendicitis aumenta con la edad, se presenta entre 1-2 por cada 10000/año de 0-4 años, 25 por cada 10000/año entre los 10-17 años de edad. Su mayor incidencia se observa entre los 6 y 12 años de edad, en el Hospital Pediátrico Moctezuma es más común entre los 5 y 9 años de edad, con predominio del género masculino sobre el femenino en una proporción de 2-3:1. Se realizan aproximadamente 964 apendicectomías por año, con una casuística, en el recién nacido menor 0.3%, lactantes 1.0% y en el 5.0% de los casos en preescolares. Del 12 al 17% de los pacientes pediátricos presenta apendicitis perforada. Aproximadamente el 80% de las perforaciones ocurren entre las primeras 48 horas del inicio de los síntomas.²⁻⁵

El diagnóstico de apendicitis se basa en el: cuadro clínico, exploración física y el apoyo de métodos de diagnóstico auxiliares. El cuadro clínico solo se presenta en el 33% de los pacientes, inicia con dolor en el epigastrio y periumbilical, que se irradia a fosa iliaca derecha, dolor a la percusión, marcha

antialgica, anorexia, fiebre, nausea, vomito, con síntomas atípicos como diarrea, cefalea, mialgias, meteorismo, astenia, adinamia, faringitis, dolor hipogástrico y disuria. Dentro de los métodos diagnósticos auxiliares en la apendicitis destacan los índices bioquímicos la formula blanca, ya que la leucocitosis entre 14,000 y 15,000 tiene una sensibilidad de 68 a 90%.⁵⁻⁸

La radiografía simple abdomen en el 77% puede presentarse sin alteraciones, se puede encontrar escoliosis por compensación del dolor, opacidad en tejidos blandos, íleo localizado, niveles hidroaereos, líquido peritoneal libre, fecalito. El ultrasonido y la tomografía axial computarizada han mostrado aceptables niveles de sensibilidad y especificidad para confirmar el diagnóstico de apendicitis; hasta el momento no existe un estudio de laboratorio o gabinete perfecto para establecer el diagnóstico de apendicitis.⁹

Para valorar la gravedad de la apendicitis existen diferentes clasificaciones con bases clínicas e histológicas, la más utilizada en forma “rutinaria” por los servicios de cirugía, es de acuerdo con la observación macroscópica de los hallazgos quirúrgicos y se divide en cuatro estadios:¹⁰

- Estadio I: Hiperemia y congestión
- Estadio II: Flegmosa con erosiones de la mucosa, supuración y exudados fibrinopurulentos
- Estadio III: Gangrenosa y con necrosis de la pared
- Estadio IV: Perforada.

Algunos autores utilizan otras clasificaciones; complicada y no complicada, la cual es la que se utilizó para este estudio:¹⁰

<p>APENDICITIS NO COMPLICADA (SIMPLE)</p>	<p>Se refiere a la apendicitis inflamada (catarral, flegmosa).¹¹</p>
<p>APENDICITIS COMPLICADA</p>	<p>Se refiere a la apendicitis perforada, gangrenada, con presencia de absceso periapendicular, plastrón y peritonitis generalizada.¹¹</p>

Apendicitis complicada puede ser detectada del 20 al 30% de todo pacientes con apendicitis. Se relaciona con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Se asocia con una mayor tasa de infección de la herida, absceso intraabdominal y el íleo postoperatorio.¹¹

Las complicaciones infecciosas relacionadas con la apendicitis incluyen los abscesos intraabdominales, la peritonitis y la infección de la herida quirúrgica.¹²

Los pacientes postoperados de apendicectomía presentan una disminución refleja de la motilidad intestinal que se ha denominado íleo postoperatorio. La duración de este íleo varía en los diferentes segmentos del tubo digestivo: mientras que la peristalsis yeyunoileal se recupera durante las primeras 24 horas, la motilidad colónica lo hace hasta los 3 a 5 días. Aunque la presencia de ruidos intestinales puede indicar el retorno de la peristalsis del intestino delgado, la eliminación de flatos o evacuaciones es signo preciso de motilidad

colónica adecuada, se considerada tradicionalmente como la indicación para iniciar la vía oral.¹³⁻¹⁴

El Comité de Cuidados Pre y Postoperatorios del Colegio Americano de Cirujanos ha recomendado esperar a que esto ocurra antes de iniciar la alimentación oral, dando como medidas de sostén el equilibrio hidroelectrolítico y calórico del paciente, por vía endovenosa, mientras se presenta datos motilidad intestinal. Sin embargo, cada vez existen más evidencias de que el inicio temprano de la hidratación y alimentación oral después de cirugía del tubo digestivo no sólo no produce complicaciones, sino que promueve efectos ventajosos sobre el paciente y reduce su estancia hospitalaria.¹³⁻¹⁵

Los estudios prueban la seguridad de la alimentación oral precoz tras cirugía abdominal. En estos se evalúan diferentes procedimientos quirúrgicos en los que se demuestra el beneficio de la alimentación oral precoz.¹⁵

Inicialmente, el concepto de alimentación oral temprana fue bien establecido para la cirugía colorrectal. Recientemente, se ha aplicado a otras cirugías abdominales como: (vascular, funduplicatura, nefrectomía, apendicectomía, gástrico y operaciones ginecológicas).¹⁶

En pacientes con apendectomía laparoscópica cuando los pacientes cumplían los criterios de Aldrete modificados (utilizada para fijar criterios de egreso de sala de recuperación post anestésica a hospitalización; los cuales incluye actividad, circulación, respiración, conciencia y saturación de oxígeno); no tenían náuseas, vómitos ni dolor importante, se trasladaban a su habitación donde iniciaban la ingestión de líquidos Claros “a tolerancia” unas 4 a 6 horas

de finalizada la anestesia y, en forma paralela, la deambulaci3n precoz. En los casos que se presentaron n1useas y v3mitos postoperatorios, se administr3 una dosis intravenosa de 10 mg de metoclopramida o 4 mg de ondasetr3n.¹⁷

Se recomienda el inicio de la v3a oral en una apendicitis no complicada (simple) una vez que los efectos de la anestesia se hayan resuelto, y en la apendicectom3a complicada puede instaurarse cuando se haya resuelto ileo u obstrucci3n secundaria a la perforaci3n. Despu3s de la cirug3a abdominal dentro de las primeras 24 hrs existen cambios en el metabolismo son evidentes incluyendo una mayor resistencia a la insulina y reducci3n de la funci3n muscular. Estudios revelan que el inicio de la v3a oral en el periodo postoperatorio inmediato mejora la curaci3n de las heridas (la cual es relevante para la integridad de la anastomosis intestinal), la funci3n muscular, la resistencia a la insulina y reduce riesgo de presentar sepsis.¹⁸⁻¹⁹

Comparando la nutrici3n enteral con la parenteral, se ha observado que los que reciben nutrici3n enteral tuvieron menor incidencia de complicaciones, as3 como menor duraci3n de estancia intrahospitalaria. Existen a3n controversias dentro de la literatura, en donde se refiere este m3todo de alimentaci3n por v3a oral de manera temprana, pero se posterga debido al temor de las complicaciones, en donde se citan con m1s frecuencia (v3mitos, distensi3n, ileo postoperatorio).^{16,19}

El inicio de la v3a oral en el paciente postoperado, siempre es una inc3gnita, ya que a3n existen controversias dentro de la literatura, en donde se refiere que el m3todo de alimentaci3n por v3a oral de manera temprana, no s3lo no produce

complicaciones, sino que promueve efectos ventajosos sobre el paciente y reduce su estancia hospitalaria; pero se posterga debido al temor de las complicaciones.

No existe un consenso al momento del inicio de la vía oral, ya que en el hospital se inicia la vía oral de acuerdo a los criterios del cirujano que opero al paciente, sin tener criterios apoyados en meta-análisis o Guías de Práctica Clínica, solo se es tomada su experiencia personal.

Se realizó una valoración clínica del paciente postoperado de apendicectomía, para establecer criterios para el inicio de la vía oral y el tiempo que se tendría que esperar para el inicio de la misma, tomando en cuenta los cambios metabólicos y mecánicos posterior a la intervención, ya que estos criterios aún no se encuentran estandarizados, en la unidades de cirugía pediátrica.

Se establecieron los criterios para el inicio de la vía oral en pacientes postoperados de apendicectomía en el Hospital Pediátrico Moctezuma, analizando la seguridad de la alimentación oral después de una apendicectomía mediante la identificación de síntomas tales como distensión abdominal, dolor, náuseas, vómitos, flatos, evacuaciones, peristalsis. Asociando el inicio de la vía oral con los hallazgos quirúrgico y la duración de la estancia intrahospitalaria.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de forma prospectiva, longitudinal, se observaron a 45 pacientes postoperados de apendicitis aguda, en un periodo comprendido del 1 de mayo de 2015 a 19 de junio de 2015, de edades preescolar, escolar y adolescentes, teniendo como criterios pacientes postoperados en la unidad hospitalaria donde se llevó a cabo el estudio, y que no contaran con procedimientos quirúrgicos adicionales, con patologías de base o concomitantes y que no presentaran datos de sepsis.

Se utilizaron las siguientes variables; como la edad, el género, tipo de apendicitis, variables dicotómicas como la presencia de flatos, evacuaciones, peristalsis, náusea, vómito, distensión y dolor abdominal.

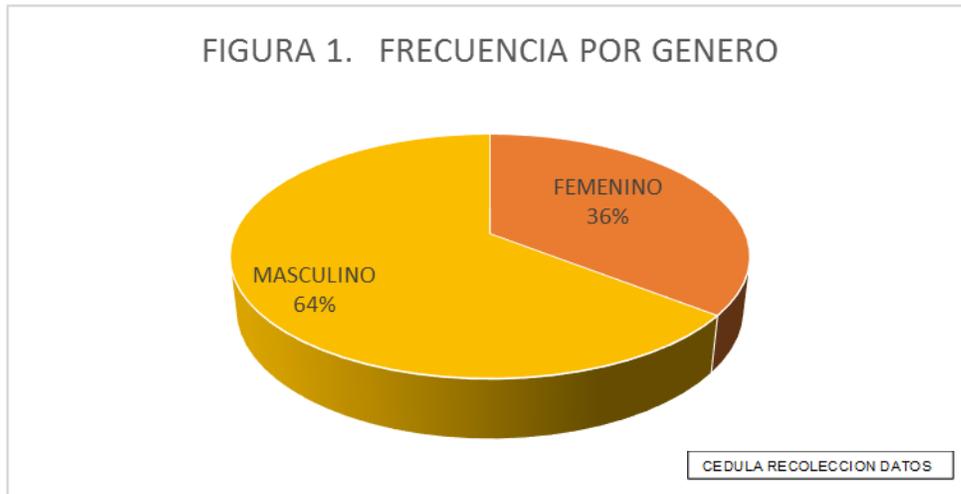
Se inició la vía oral de acuerdo a la presencia de los siguientes criterios de motilidad intestinal; presencia de flatos, evacuaciones, peristalsis con uno de los criterios fue suficiente para cumplir este requisito.

Se llevó a cabo análisis de medidas de tendencia central, rango, media, desviación estándar.

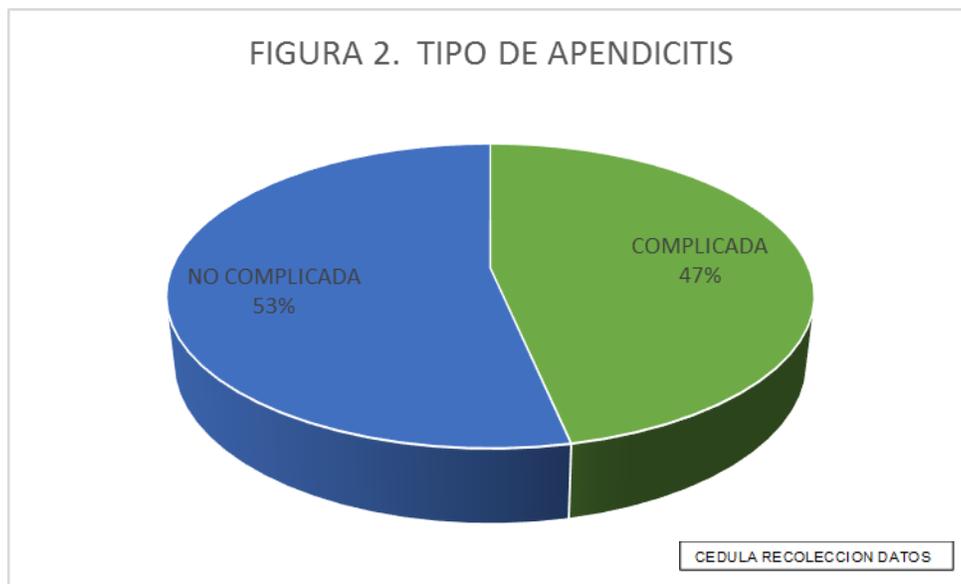
Los resultados fueron examinados mediante los programas estadísticos Microsoft Excel office 2013 (Redmond, WA, EUA) y SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 23.

RESULTADOS

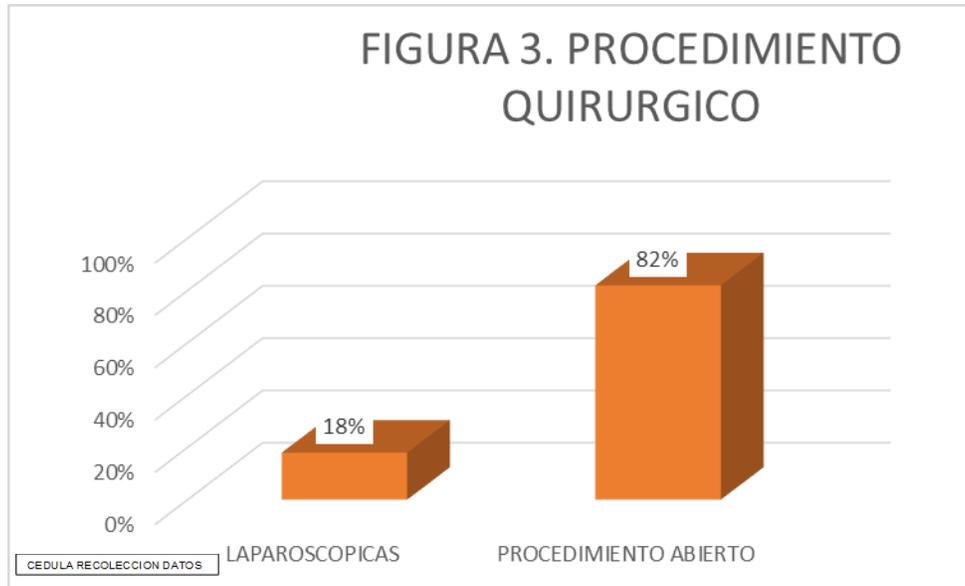
Se estudiaron 45 pacientes de los cuales 64% (29) fueron del sexo masculino, con una relación 2:1 con respecto al sexo femenino 36% (16) (Figura 1). La distribución por edades muestra una media de 9 años. Con una edad mínima de 3 años y máxima de 16 años. Con una desviación estándar de 3.33 y un rango de 13.



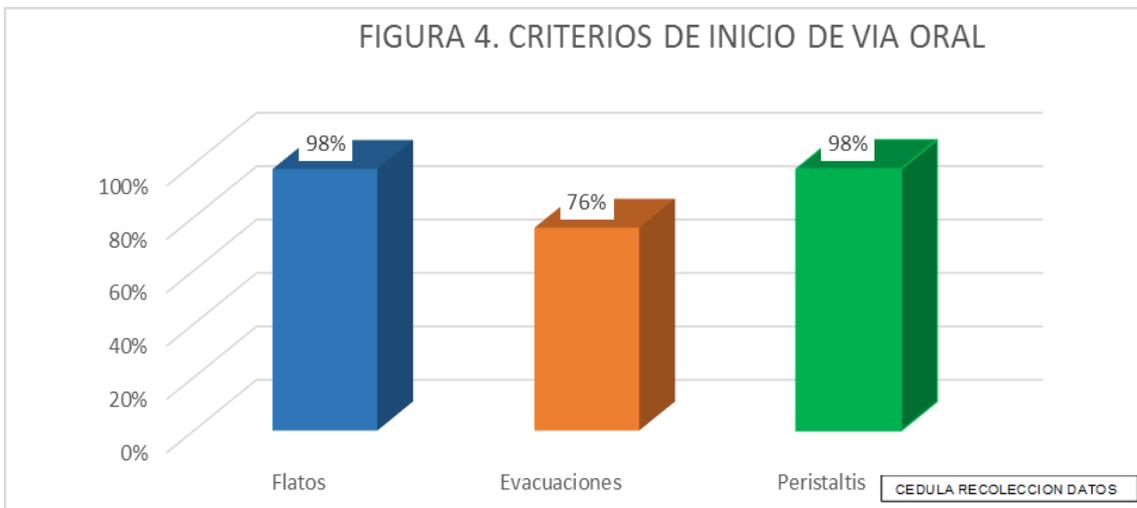
De los 45 pacientes a los que se les realizo apendicectomía el 53% (24) fueron no complicadas y 47% (21) fueron complicadas. (Figura 2)



En cuanto al procedimiento quirúrgico que se utilizó 82% (37) fueron por procedimiento abierto y 18% (8) por laparoscopia. (Figura 3). Ningún paciente presento datos de Respuesta inflamatoria sistémica, sepsis, alteraciones hemodinámicas, patología de base y algún procedimiento adicional.

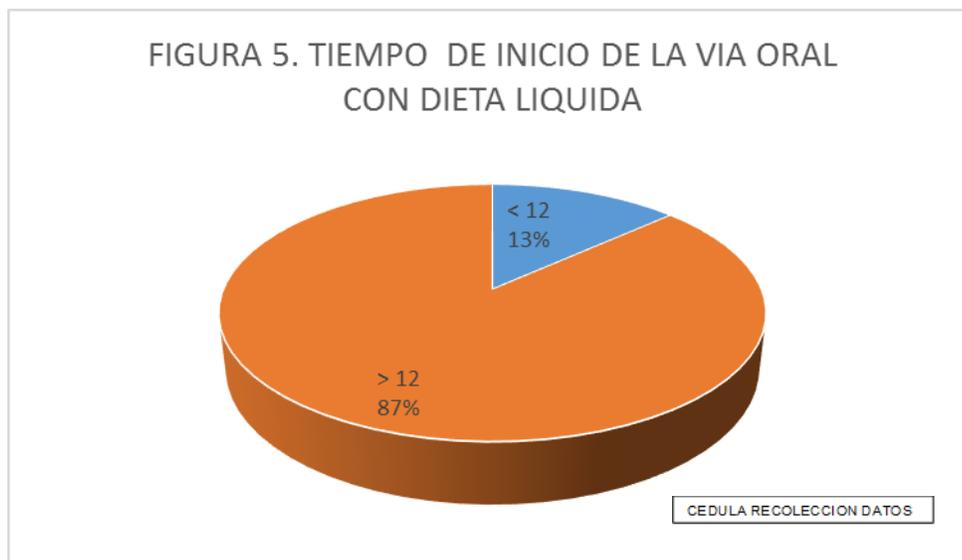


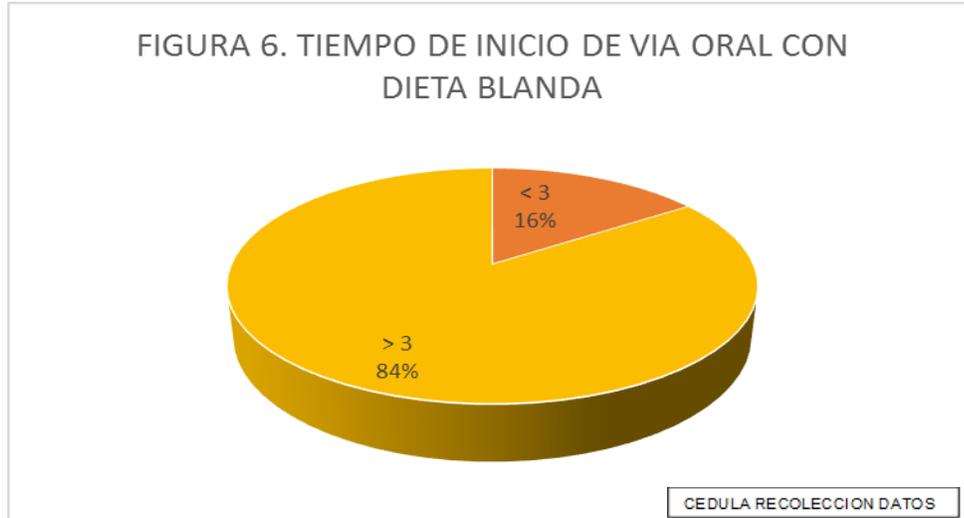
En cuanto a los criterios de inicio de la vía oral se encontraron la siguiente sintomatología; la presencia de flatos se presentó en un 98% (44) de los pacientes, la presencia de evacuaciones fue de un 76% (34) y peristalsis en un 98% (44) de los pacientes estudiados. (Figura 4).



En cuanto al inicio de la vía oral, se inició con dieta líquida (agua, jugos, té y gelatina) el menor tiempo en iniciar la vía oral fue de 6 horas y el mayor de 59 horas, de los 45 pacientes a 6 pacientes se les inicio la vía oral tempranamente, de los 2 pacientes presentaron apendicitis complicada y el resto apendicitis no complicada, a los otros 39 pacientes se les inicio la vía oral después de las 12 horas del postquirúrgico.

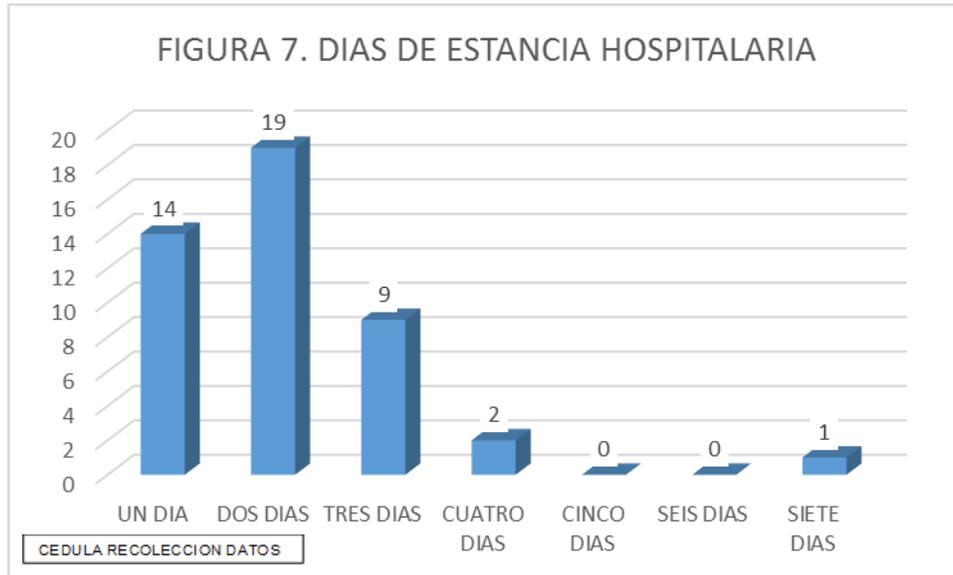
Ningún paciente presento nausea, vomito, distensión y/o dolor abdominal, alteraciones hemodinámicas, sepsis, o patología de base, tolerando adecuadamente la vía oral, con un lapso de inicio de la dieta líquida a la dieta blanda (pollo, frutas y verduras) de 3 a 6 horas, sin presencia de complicaciones. (Figura 5 y 6).





En cuanto a la estancia intrahospitalaria: (Cuadro 1, Figura 7)

CUADRO 1. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	
DIAS	NUMERO DE PACIENTES
1	14
2	19
3	9
4	2
5	0
6	0
7	1



Aunque cabe mencionar que no tuvieron variantes en cuanto al procedimiento quirúrgico, inicio de la vía oral, o complicaciones, para que continuaran más de un día de hospitalización.

DISCUSION

El inicio de la vía oral en el paciente postoperado de apendicitis, siempre es una incógnita, aún existen controversias dentro de la literatura, se refiere que el método de alimentación por vía oral de manera temprana, no sólo no produce complicaciones, sino que promueve efectos ventajosos sobre el paciente y reduce su estancia hospitalaria.

Se establecieron los criterios para el inicio de la vía oral en pacientes postoperados de apendicectomía en el Hospital Pediátrico Moctezuma, como el retorno de la peristalsis, la eliminación de flatos o evacuaciones signos precisos de motilidad colónica adecuada, considerados como indicación para el inicio la vía oral.

Los límites de edad fueron de 3-16 años, y constaron de hombres 64% (29) y mujeres 36% (16); de los cuales el 53% (24) fueron apendicectomías no complicadas y 47% (21) fueron complicadas. La presencia de flatos y peristalsis se presentó en un 98% (44), presencia de evacuaciones fue de un 76% (34) de los pacientes estudiados.

En cuanto al inicio de la vía oral, se inició con dieta líquida (agua, jugos, té y gelatina) el menor tiempo en iniciar la vía oral fue de 6 hrs y el mayor de 59 hrs, de los 45 pacientes 6 pacientes cumplieron los criterios para inicio la vía oral tempranamente, antes de las 12 horas del postoperatorio, tolerando adecuadamente, sin complicaciones, de los cuales 2 pacientes presentaron apendicitis complicada.

Los días de estancia hospitalaria posterior al evento quirúrgico en 19 pacientes fue de 2 días, 1 día de estancia hospitalaria en 14 pacientes, y 3 días de estancia hospitalaria en 9 pacientes.

El 82% (37) fueron por procedimiento abierto y 18% (8) por laparoscopia, de las cuales las 8 cirugías por laparoscopia 3 fueron apendicectomías complicadas, en todas se inició la vía oral después de las 12 hrs del postoperatorio; sin tener ninguna complicación, en las cirugías por procedimiento abierto a 6 se les inicio la vía oral tempranamente; no hubo diferencias en cuanto a la estancia hospitalaria ya que también fue de dos días.

En 1997, Schilder et al; mostraron que la actividad intestinal ante la presencia de flatos ilustra que los pacientes toleran líquidos de 1 - 2 litros después de la cirugía.

En 1998 estudios realizados por Bufo et al, Schilder y Reissman et al, han demostrado la tolerancia a líquidos claros 1 día después del postoperatorio, es conveniente apuntar que Carr et al, reporto menores complicaciones postoperatorias y prevención del incremento de la permeabilidad de la mucosa intestinal en pacientes sometidos a hidratación oral.

En 2001, Marik y Zaloga et al, realizaron un meta-análisis de estudios prospectivos y aleatorizados que comparaban alimentación temprana versus alimentación tardía de la vía enteral en el que demostraron los beneficios de la nutrición temprana.

Prakash et al 2014; refiere que la alimentación oral postoperatorio se introduce poco a poco después de la reanudación de los ruidos intestinales, presencia de flatos o heces; se basa en el temor de que la alimentación oral precoz puede causar vómitos y distensión, prolongar íleo paralítico. Sin embargo, se evidencia de que estos temores carecen de fundamento y que la alimentación oral precoz no sólo es seguro, sino también ofrece beneficios significativos al paciente.

En 2001, un meta-análisis realizado por Stephen J Lewis et al, encontró que la alimentación temprana reduce el riesgo de cualquier tipo de infección y la estancia hospitalaria y Weinstein et al, documentaron una reducción de la tasa de infección, y mejoría en la cicatrización de la herida.

En octubre de 2013, Klappenbach et al, realizaron un ensayo controlado aleatorio sobre la alimentación oral precoz versus atención postoperatoria tradicional después de una cirugía de emergencia abdominal y concluyó que la alimentación oral precoz se asoció con más vómitos que podrían ser tolerables fácilmente y sin molestias para el paciente y que la alimentación precoz es seguro después de una cirugía abdominal de urgencia.

El inicio de la vía oral es segura independiente del estadio de la apendicitis y del procedimiento quirúrgico que se utilizó.

Hoy en día, aunque existen muchos estudios y meta-análisis que producen una tendencia positiva a favor de la nutrición postoperatorio temprana; no existen directrices claras en todo el mundo y ensayos controlados aleatorios adicionales son probablemente necesario.

Hasta la fecha la prevención de náuseas, vómitos, dolor abdominal y una valoración de los criterios de inicio de la vía oral son la piedra angular para permitir la alimentación postoperatoria temprano sin aumentar la tasa de complicaciones y con el potencial para la reducción de la estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

1. El inicio de la vía oral en pacientes postoperados de apendicitis, es seguro cumpliendo al menos uno de los criterios establecidos de motilidad intestinal.
2. No hay incremento de complicaciones por el inicio de la vía oral.
3. Podría establecerse criterios para inicio de la vía oral temprana en pacientes con apendicectomías no complicadas y complicadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Torres BA, Neri Moreno, San Germán T. Apendicitis aguda en la infancia. La importancia de su diagnóstico temprano. **Rev Fac Med UNAM Vol. 52 No. 1 Ene-Feb 2009.**
2. Baeza HC, Nájera Garduño HL, Godoy-Esquivel AH. Apendicitis en un lactante de dos meses con conducto peritoneovaginal permeable. **Gac Med Mex Vol.141 No. 5, 2005.**
3. Baeza-Herrera, Jaimes G, Sanjuan-Fabián. Análisis de costos: metronidazol-amikacina versus monodosis preoperatoria de ceftriaxona en apendicitis. Reporte preliminar. **Cir Ciruj 2004; 72: 277-280.**
4. Roesch-Dietlen, Pérez-Morales, Remes-Troche. New paradigms in the management of appendicitis. **Cirujano General Vol. 34 Núm. 2 – 2012.**
5. Kohan R. Zavala B., Zavala P. Apendicitis aguda en el niño. **Rev Chil Pediatr 2012; 83 (5): 474-481.**
6. Martin S, Gustav F, Pernilla S, Bodil O. Appendicitis in Children: Evaluation of the Pediatric Appendicitis Score in Younger and Older Children. **Surgery Research and Practice. Volume 2014, 6 pages.**
7. Nuri AS, Orhan B, Bülent K. The clinical value of leucocyte count and neutrophil percentage in diagnosing uncomplicated (simple) appendicitis and predicting complicated apendicitis. **Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, November 2014, Vol. 20, No. 6.**

8. Marcelo B, Almonacid J, Gutiérrez C. Puntuación diagnóstica de apendicitis aguda en niños realizada por pediatras de las Unidades de Emergencia. **Rev Chil Pediatr 2007; 78 (6): 584-591.**
9. Piyaporn A, Voraparee S, Poompis P. Alvarado score: can it reduce unnecessary computed tomographic scans for evaluation of acute apendicitis? **American Journal of Emergency Medicine (Nov 2014).**
10. Flores-Nava, Landa-García, Lavallo-Villalobos. Apendicitis en la etapa pediátrica: correlación clínico-patológica. **Vol. 62, mayo-junio 2005.**
11. Şahbaz A. N. Orhan Bat, Bülent Kaya The clinical value of leucocyte count and neutrophil percentage in diagnosing uncomplicated (simple) apendicitis and predicting complicated apendicitis. **Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, November 2014, Vol. 20, No. 6**
12. Werkgartner G, Shabrawi E. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated apendicitis in high risk patients. **Int J Colorectal Dis. 16 diciembre de 2014.**
13. Gómez-Alcalá, Zamudio-González, López-Pérez. Recuperación de la motilidad intestinal después de apendicectomía en niños. Hidratación oral vs parenteral. **Cir Ciruj 2001; 69: 113-117.**
14. Sundar PS, Saravanan PS, Alia Hussain. Safety of Early Oral Feeding After Open Appendectomy. **Journal of Dental and Medical Sciences. Vol 13, Issue 9 Ver. III (Sep. 2014), PP 46-54.**

15. Kassi A, Yenon KS, Lebeau R. Early oral feeding versus classic oral feeding after appendectomy for acute appendicitis. **Rev Med Brux. 2010 Nov-Dic; 31(6):509-12.**
16. Le Guen Morgan, Fessler J, Fischler M. Early oral feeding after emergency abdominal operations: another paradigm to be broken? **Clinical Nutrition & Metabolic Care. September 2014. Volume 17 - Issue 5. p 477–482.**
17. Dick Manrique M, Helard Aquino M, Garro Montoro. Apendicectomía laparoscópica: Modelo de programa ambulatorio. **Rev Colomb Cir 2008;23(2):74-84.**
18. Protocolo de práctica clínica basada en la evidencia para la apendicitis aguda. **Noviembre 2005.**
19. Stephen J. L. Henning K. A. Steve T. Early Enteral Nutrition Within 24 h of Intestinal Surgery Versus Later Commencement of Feeding: A Systematic review and Meta-analysis. **J Gastrointest Surg (2009) 13:569–575**