



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS

TRABAJADORES DELESTADO

HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA”

“FRECUENCIA DE APENDICITIS AGUDA MODIFICADO POR
MEDICAMENTOS DEL 1 AGOSTO A 31 DICIEMBRE 2017 EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO
ZARAGOZA”

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

P R E S E N T A

DRA. MARICARMEN DANAE OROZCO BUSTOS

TUTOR: DRA. AMANDA CASTAÑEDA RODRÍGUEZ

CABO

CIUDAD DE MÉXICO

JULIO 2018



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.

ÍNDICE

1) Introducción	3
2) Antecedentes.....	4
3) Justificación	5
4) Hipótesis	6
5) Objetivo general.....	6
6) Objetivos específicos	6
7) Diseño	7
8) Resultados	10
9) Discusión	16
10) Conclusiones.....	18
11) Bibliografía	19

INTRODUCCIÓN

La apendicectomía abierta o laparoscópica, es la cirugía de urgencia que mayor número tiene de intervenciones a nivel mundial, siendo hasta el 70% de estas complicadas por estadios avanzados de apendicitis aguda. (2)

El pronóstico y evolución favorable dependen de varios factores, entre los que se encuentran edad, sexo, enfermedades comórbidas asociadas, diagnóstico e intervención temprana. (1)

Recientemente se ha observado un incremento en el número de complicaciones, estas derivadas principalmente de un diagnóstico tardío debido a medicación previa a cirugía, lo cual se refleja en la evolución postquirúrgica de los pacientes, teniendo un incremento de días de estancia hospitalaria e incluso necesidad de reintervenciones.

Una de las complicaciones más grave de la apendicitis aguda es la perforación debido a su alta morbilidad y mortalidad. Se ha señalado que la probabilidad de perforación pudiera relacionarse con el tiempo de enfermedad y medicamentos previos a la atención médica. (3)

Debido al fácil acceso que tiene la población para adquirir medicamentos (analgésicos, antibióticos, antiespasmódicos) es común que se recurra a la automedicación, que como está bien descrito enmascara el cuadro clínico, lo cual lleva al médico a un diagnóstico erróneo y/o tardío de este padecimiento. (4)

El objetivo de este estudio es identificar las fuente de medicación previa a diagnóstico de apendicitis aguda complicada, días previos a cirugía, tipo de medicación administrada y su repercusión en los días de estancia intrahospitalaria, en los pacientes del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del período 1 Agosto 2017 al 31 Diciembre 2017.

ANTECEDENTES

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme, y puede ser aguda, crónica o reactiva. La evolución de la apendicitis es un proceso dinámico que termina con la perforación del apéndice cuando una placa necrótica se desprende y queda expuesta la luz apendicular. La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico en pacientes de todas las edades. Esta enfermedad quirúrgica muy común sigue siendo un problema de diagnóstico a pesar de los avances tecnológicos en medicina, ya que cuenta con múltiples diagnósticos diferenciales.

La apendicetomía es actualmente el procedimiento quirúrgico de urgencia más común en el mundo, el riesgo calculado de presentar apendicitis a lo largo de la vida es de 8.6% para hombres y de 6.7% para mujeres. Presenta una incidencia de 1.5 a 1.9 casos por cada 1000 habitantes y la población mayormente afectada se encuentra entre los 15 y los 35 años de edad.

El diagnóstico de apendicitis aguda es generalmente establecido por la historia clínica y la exploración física (75-90% de exactitud en cirujanos), sin embargo el diagnóstico es respaldado por estudios paraclínicos de laboratorio e imagen. La exploración física completa del abdomen.

Existen múltiples clasificaciones en relación a las características de la apéndice cecal definidas con el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, una de las más difundidas es la descrita por grados y se correlaciona con la fisiopatología del proceso inflamatorio apendicular:

- 1) Apendicitis Inicial, Congestiva o Catarral
- 2) Apendicitis Flemonosa o Supurativa
- 3) Apendicitis Gangrenosa o Necrótica
- 4) Apendicitis Perforada.

El 70% de los pacientes atendidos con diagnóstico de apendicitis aguda complicada han sido medicados de manera pre hospitalaria, tal como se reporta en algunas series en la literatura médica.

JUSTIFICACIÓN

La ingesta de medicamentos, principalmente si son del tipo analgésicos antibióticos, en un paciente en quien se sospecha un cuadro de apendicitis, previos a un diagnóstico certero, modifican la historia natural de la enfermedad, con lo que se incrementa el tiempo para efectuar el diagnóstico y para tomar la decisión quirúrgica, ya que, en estos casos, los signos y síntomas no son concluyentes, el médico tiene dudas, con incremento en la morbilidad del paciente, además del impacto económico ante el uso de medios de escrutinio repetitivos y/o especializados, además de los días de estancia hospitalaria y ausentismo laboral.

La ingesta de antibióticos, analgésicos y antiespasmódicos son de uso muy común en la población derechohabiente, tanto por automedicación, condicionada por múltiples factores, como el fácil acceso a dichos fármacos y el nivel de cultura en salud de la sociedad, pero también, incluso, por prescripción médica.

El propósito del presente estudio es el de conocer la fuente de donde proviene la premedicación previa al diagnóstico de apendicitis aguda complicada, con el objetivo modificar y educar, para crear consciencia en este grupo, y evitar los efectos adversos a los que conlleva la premedicación.

El diagnóstico tardío de apendicitis aguda repercute directamente en la morbimortalidad del paciente con abdomen agudo quirúrgico, lo cual a su vez puede llevar a observar un incremento en las complicaciones y de los días de estancia hospitalaria.

HIPÓTESIS

La administración de medicamentos, en un paciente en quien se sospecha un cuadro de abdomen agudo, tipo apendicitis aguda, retrasa el diagnóstico y con esto llevar a un incremento de las complicaciones, así como un aumento de los días de estancia hospitalaria. La principal fuente donde proviene la medicación previa al diagnóstico de apendicitis aguda es de médicos de primer contacto.

El 70% de los pacientes atendidos con diagnóstico de apendicitis aguda complicada han sido medicados de manera pre hospitalaria, tal como se reporta en algunas series en la literatura médica

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de la apendicitis aguda modificada por medicamentos en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del 1 agosto a 31 diciembre 2017 en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la principal fuente de medicación previa al diagnóstico de apendicitis aguda.

Corroborar que el diagnóstico tardío de apendicitis aguda complicada condiciona el aumento en la morbimortalidad del paciente.

Medir el grupo de edad más frecuente, antibiótico asociado, analgésico asociado, así como el sexo y grupo etario.

Conocer el número de días promedio de inicio de padecimiento hasta que son sometidos a procedimiento quirúrgico.

Conocer el número de días promedio de la hospitalización, en los pacientes que recibieron premedicación.

DISEÑO

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realiza un estudio Observacional, longitudinal, analítico, descriptivo y retrospectivo en un grupo de 21 pacientes sometidos a cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda fase IV con antecedentes de medicación previa a diagnóstico, en el período comprendido de 1 Agosto 2017 al 31 Diciembre 2017.

DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Expediente clínico

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes mayores de 18 años de edad. Que sean derechohabientes del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”
2. Pacientes que acepten participar en el estudio
3. Pacientes que asistan al Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del periodo comprendido 1 Agosto 2017 al 31 Diciembre 2017, con antecedente de medicación previa a diagnóstico de apendicitis aguda complicada fase IV.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes no derechohabiente
2. Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda complicada por otras causas
3. Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda sin antecedente de medicación previa a valoración por el servicio de Cirugía General del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”
4. Pacientes menores de 18 años de edad
5. Pacientes que no deseen participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1.- Expediente clínico incompleto.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

1. Fuente de medicación: variable cualitativa
2. Sexo masculino o femenino: variable cualitativa
3. Edad: variable cuantitativa
4. Comorbilidades asociadas: variable cualitativa
5. Analgésico: variable cualitativa
6. Antibiótico: variable cualitativa
7. Antiespasmódico: variable cualitativa
8. Inhibidor de bomba de protones o antiácido: variable cualitativa
9. Esteroide: variable cualitativa
10. Procinético: variable cualitativa
11. Laxante: variable cualitativa
12. Tiempo previo a cirugía: variable cuantitativa
13. Tiempo de estancia hospitalaria: variable cuantitativa

RESULTADOS

Se realizaron 21 cirugías con diagnóstico de apendicitis aguda complicada fase IV, modificada por medicamentos y se revisaron sus expedientes para la obtención de los datos:

	Sexo	Auto- medicación	Facultativo externo	UA HRGIZ	Edad	DM2	HAS	DPC	DEHI
1	Femenino	No	No	Sí	38 años	No	No	5 días	9 días
2	Masculino	No	Sí	No	37 años	No	No	3 días	5 días
3	Masculino	No	Sí	Sí	71 años	No	No	14 días	26 días
4	Femenino	Sí	No	Sí	46 años	No	No	2 días	5 días
5	Masculino	No	Sí	No	46 años	Sí	No	6 días	16 días
6	Femenino	No	Sí	Sí	87 años	No	No	3 días	5 días
7	Masculino	No	Sí	No	57 años	No	No	1 día	5 días
8	Femenino	No	Sí	No	47 años	No	No	2 días	6 días
9	Femenino	No	Sí	No	18 años	No	No	3 días	5 días
10	Femenino	No	Sí	No	64 años	No	No	4 días	6 días
11	Femenino	Sí	No	Sí	53 años	No	No	16 días	30 días
12	Masculino	No	No	Sí	64 años	No	Sí	7 días	12 días
13	Femenino	No	Sí	No	62 años	Sí	Sí	4 días	9 días
14	Masculino	No	Sí	No	74 años	Sí	No	3 días	7 días
15	Masculino	No	Sí	Sí	24 años	No	No	5 días	61 días
16	Femenino	No	No	Sí	49 años	No	No	3 días	23 días
17	Femenino	No	Sí	No	66 años	Sí	No	2 días	11 días
18	Femenino	No	No	Sí	26 años	No	No	5 días	5 días
19	Femenino	No	Sí	Sí	43 años	No	No	5 días	11 días
20	Femenino	No	No	Sí	63 años	No	No	5 días	10 días
21	Femenino	No	Sí	No	26 años	No	No	2 días	5 días

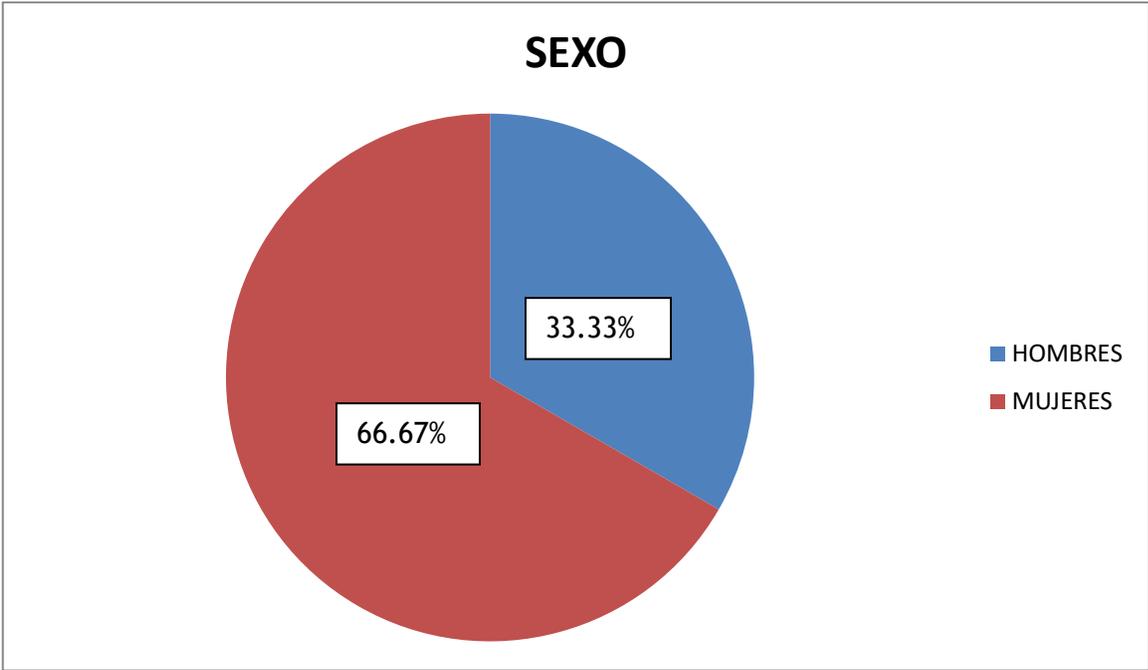


Figura 1. Predominio de sexo

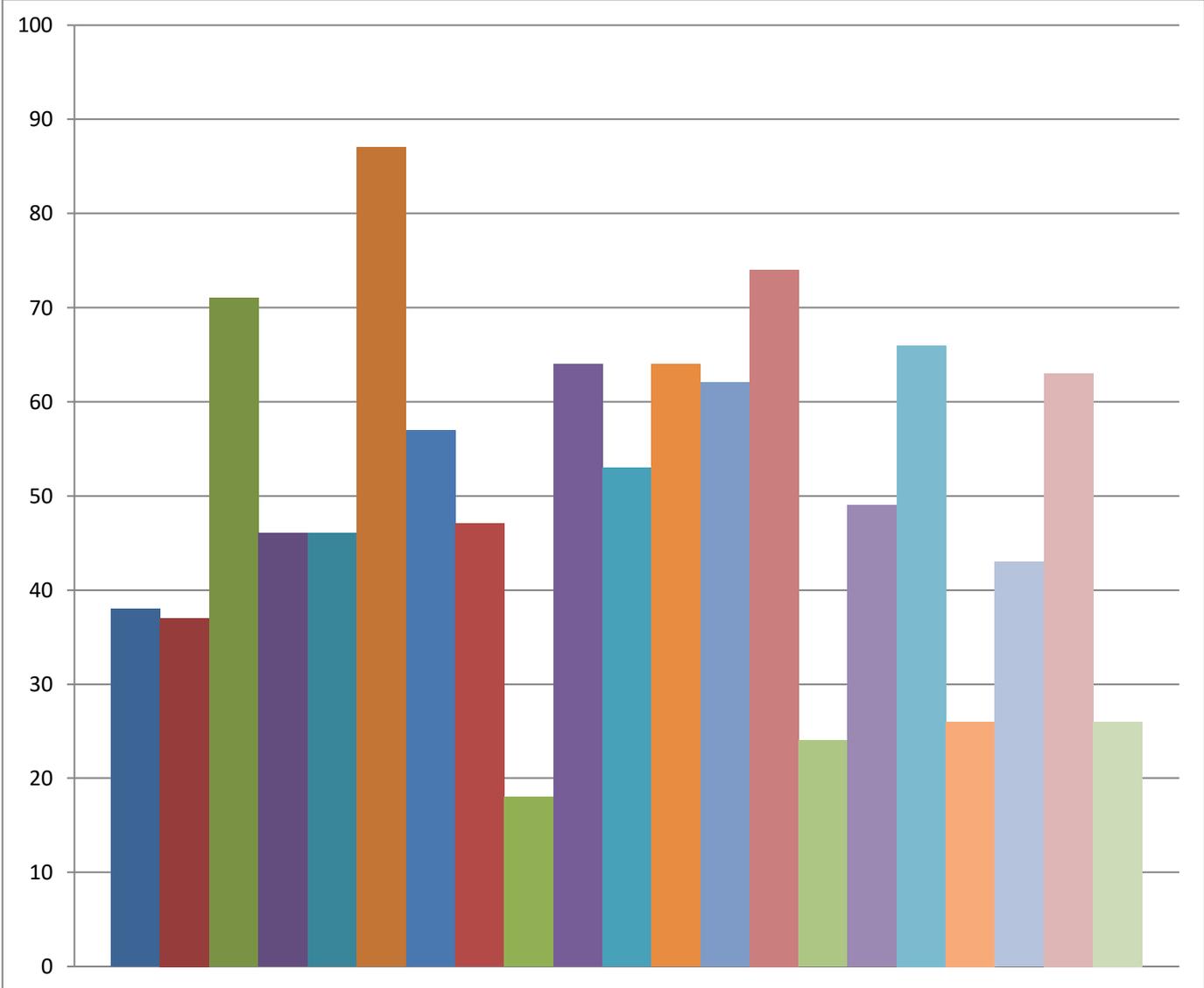


Figura 2. Edad

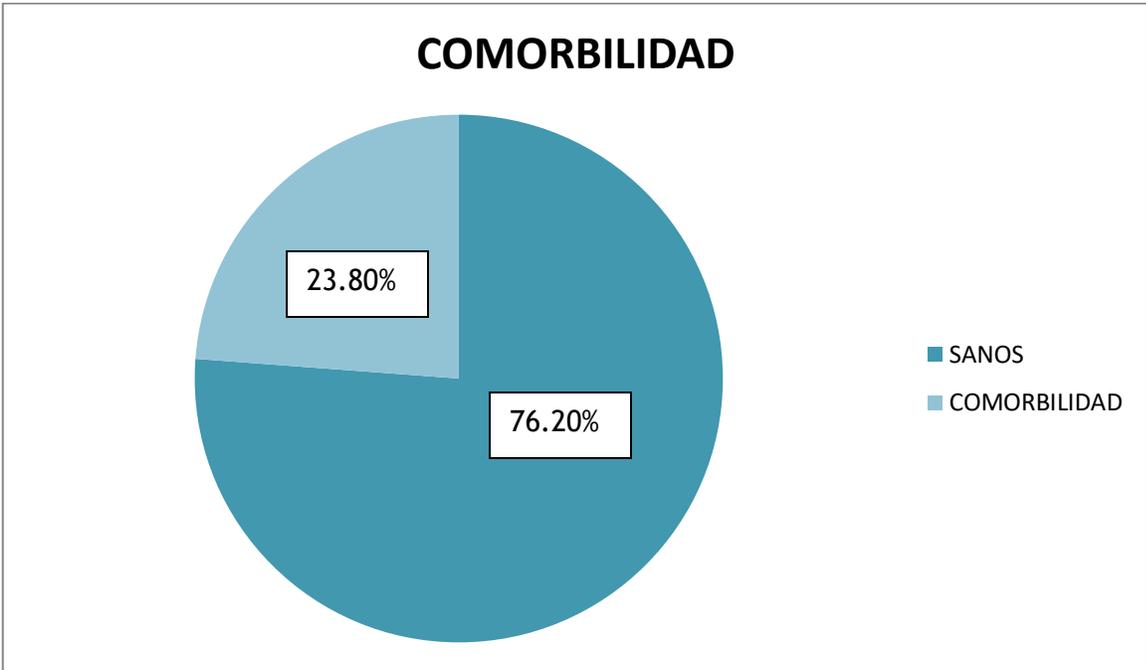


Figura 3. Comorbilidades asociadas

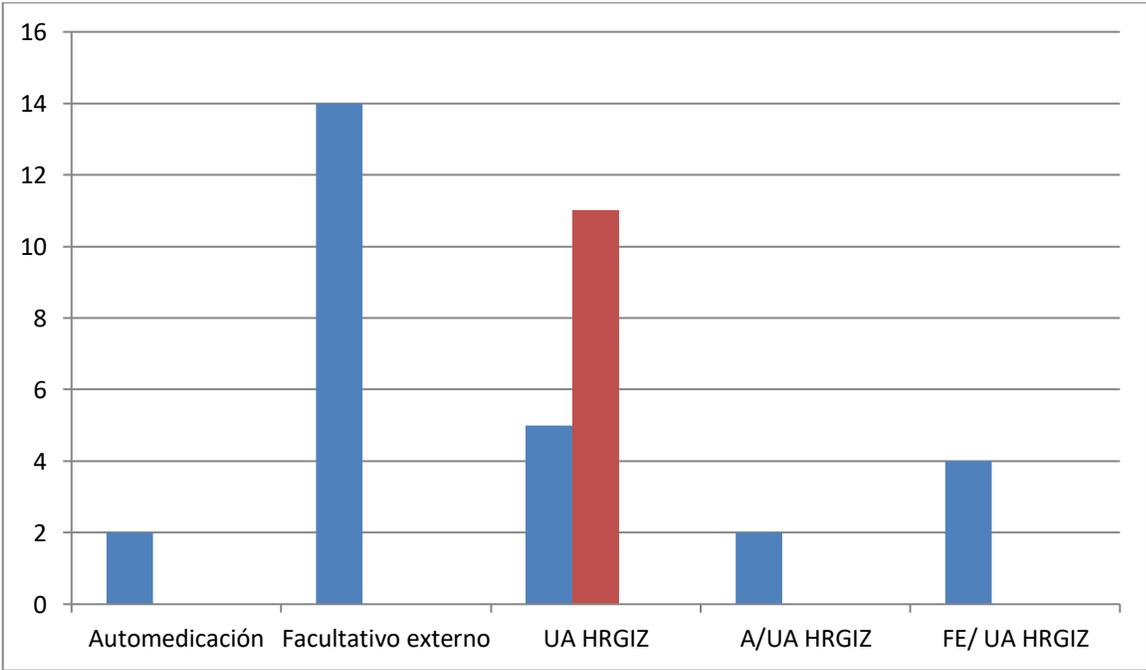


Figura 4. Fuente de medicación

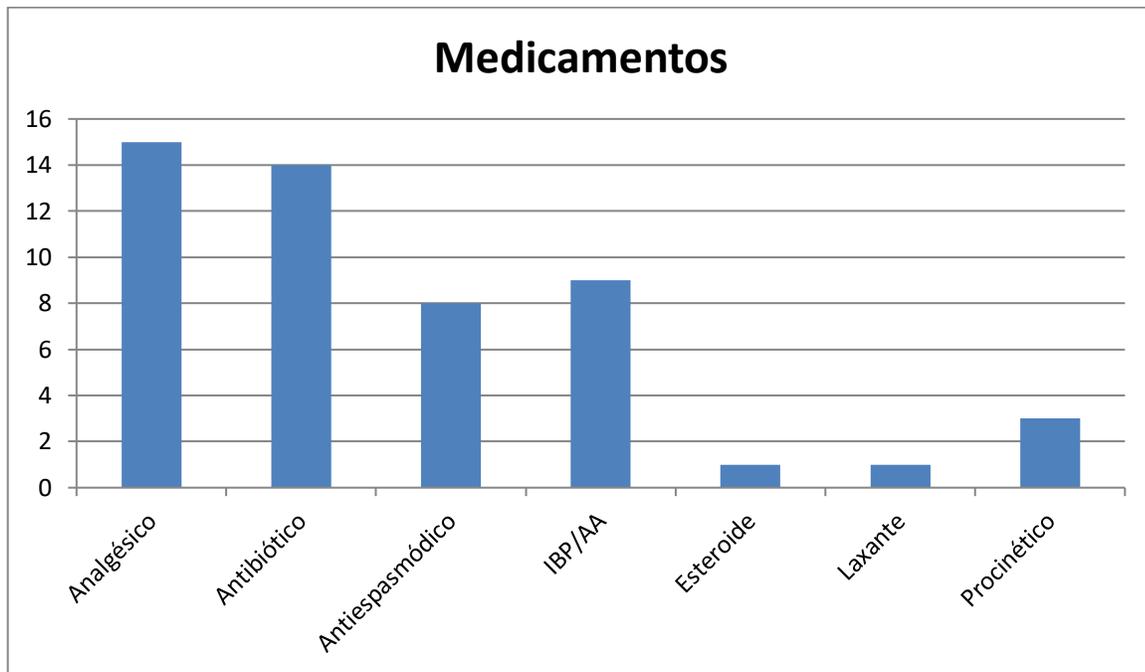


Figura 5. Tipo de medicamento

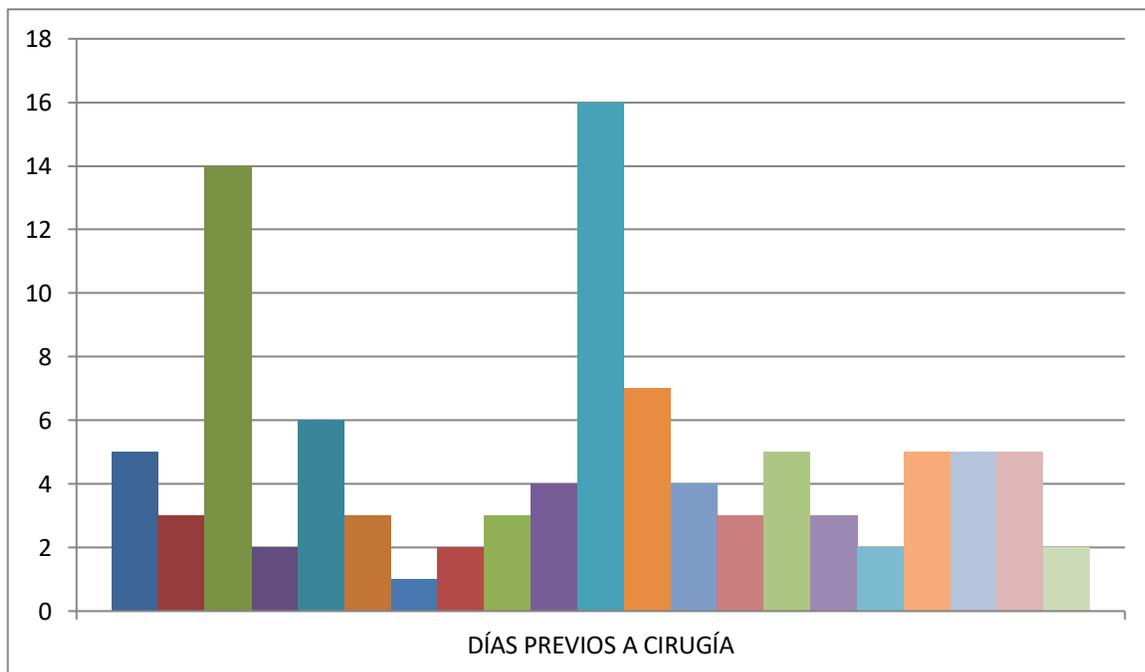


Figura 6. Días previos a cirugía

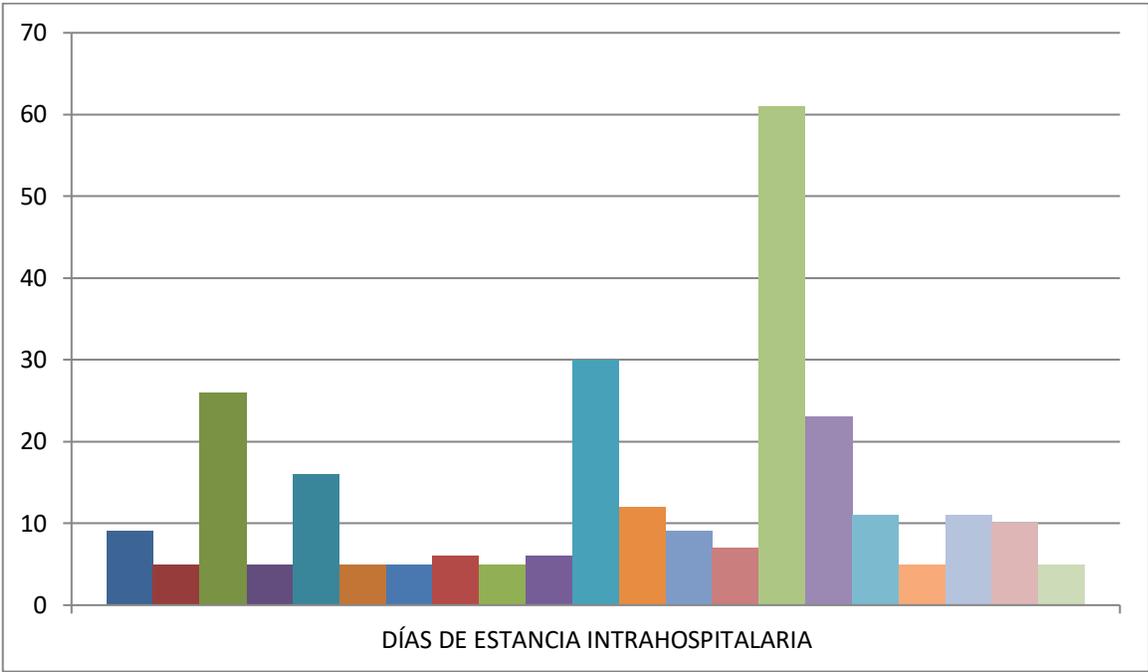


Figura 7. Días de estancia intrahospitalaria

DISCUSIÓN

En el presente estudio se pudo observar lo siguiente: El sexo de mayor predominancia es el femenino con un total de 14 pacientes (66.67%), y pacientes masculinos con un total de 7 pacientes (33.33%).(Figura 1)

La edad promedio es de 50.52 años, con una mediana de 49años, y una forma trimodal de 26años, 46años y 64años. (Figura 2)

Las comorbilidades asociadas se observan únicamente en 5 pacientes (23.80%) de los cuales 3 pacientes son portadores de Diabetes mellitus tipo 2, 1 pacientes es portador de hipertensión arterial y 1 pacientes es portador de ambas enfermedades. Mientras que 16 pacientes (76.20%) no presentan ninguna comorbilidad asociada (sanos). (Figura 3)

La fuente de medicación previa que se observa con mayor frecuencia es Facultativo externo a al Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” con un total de 14 pacientes medicados (66.66%), seguido por el servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” con un total de 11 pacientes (52.38%), de los cuales 6 presentan antecedente de medicación previo ingreso al servicio, y 5 se medican directamente en la unidad. La automedicación con solamente 2 pacientes representa (9.5%) del total de la muestra, los cuales fueron nueve veces medicados en el servicio de Urgencias Adultos Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”. (Figura 4)

El grupo de medicamentos administrado observado con mayor frecuencia es del tipo de los analgésicos con un total de 15 pacientes (71.42%) . El AINE observado con mayor frecuencia de administración es Ketorolaco con un total de 10 pacientes, seguido de Clonixinato de lisina con 3 pacientes, Tramadol, Metamizol y Diclofenaco con 2 pacientes cada uno e Ibuprofeno con 1 paciente. (Figura 5)

El segundo grupo corresponde a empleo de antibiótico, administrado en 14 pacientes (66.67%). El antibiótico mayormente administrado es Levofloxacino y Ceftriaxona con 5 pacientes cada uno, seguido de Metronidazol en 3 pacientes, Cirpofloxacino en 2 pacientes, Amikacina y Trimetropin-Sulfametoxazol en 1 paciente cada uno. (Figura 5)

Los siguientes grupos corresponden a Inhibidor de bomba de protones/Antiácidos en 9 pacientes (42.85%), antiespasmódicos (Butilioscina) en 8 pacientes (38.09%), procinéticos en 3 pacientes (14.28%) y otros

(Esteroides y laxantes) en 1 paciente cada uno (4.76%). (Figura 5).

Los días previos a la cirugía son de vital importancia para el desarrollo de apendicitis aguda complicada, teniendo una media de 4.76 días (desde 1 día hasta 16 días), con una presentación bimodal de 3 y 5 días. (Figura 6).

Los días de estancia intrahospitalaria con una media de 13.38 días (5 a 61 días) con una mediana de 9 días y una moda de 5 días. (Figura 7).

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica de urgencia más frecuente en nuestro medio. El retraso en diagnóstico se ha asociado típicamente a la automedicación.

En el presente estudio se concluye lo siguientes:

El sexo predominante es el femenino con 66.67% vs masculino 36.37%, por lo que se sugiere descartar el diagnóstico de apendicitis aguda, antes de considerar diagnósticos diferenciales e iniciar tratamiento sintomático.

La edad promedio es de 50.52 años, diferente a los reportado en literatura universal, donde los picos de esta enfermedad son adolescencia y edad avanzada. Debe considerarse este diagnóstico a fin de evitar repercusión en actividades laborales ya que se trata de población económicamente activa en su mayoría.

Las enfermedades comórbidas no representaron asociación con el enmascaramiento de la patología estudiada, por lo que ante la sospecha de abdomen agudo deberá evitarse a toda costa el empleo de tratamiento médico.

La fuente de automedicación contrario a lo reportado, cuya fuente sugiere automedicación, en nuestro medio se observa que personal médico de primer contacto (tanto facultativos externos, como los médicos que participan en el servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional “ General Ignacio Zaragoza” son los que proporcionan tratamiento médico y retrasan el diagnóstico oportuno de la enfermedad. Se sugiere capacitación continua sobre el manejo de síndrome doloroso abdominal, para evitar perpetuar la tendencia mostrada.

El tipo de medicación empleada, en su mayoría corresponde a analgésicos y antibióticos (como se a los descrito en la literatura). A través de la capacitación del síndrome doloroso abdominal, debe hacerse hincapié en no administrar ningún medicamento hasta ser valorado por médico especialista y habiendo completado protocolo de estudio el cual confirme o descarte patología quirúrgica.

Los día previos a la cirugía, superar en gran medida las estadísticas reportada para la instauración de apendicitis aguda complicada, por lo que también deberá educarse a la población derechohabiente acerca del síndrome doloroso abdominal para que acudan con médicos especialistas en la unidad para su correcto y pronto diagnóstico, evitando así complicaciones mayores.

Los días de estancia intrahospitalarias observados superan por mucho los descritos en literatura mundial, incrementando notablemente los costo día-cama, así como predisponiendo a enfermedades nosocomiales a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apendicitis versus dolor abdominal agudo inespecífico: rendimiento diagnóstico de la ecografía. *Cir Pediatr.* 2017; 30: 146-151.
2. Gerardo GTJA, Hernández OJL
Factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda. Experiencia en el Nuevo sanatorio Durango
Rev Fac Med UNAM 2016; 56 (3)
3. Laparoscopic approach versus classic open procedure in the treatment of acute appendicitis. *rev. colomb. cir.* [online]. 2017, vol.32, n.1, pp.26-31. ISSN 2011-7582.
4. Luis Augusto Cruz Díaz. Tiempo de enfermedad y premedicación como riesgo para apendicitis perforada en el hospital de ventanilla, Enero - Septiembre 2017. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. 2017