

15

MED.
Tesis
G 9842.
2006
15



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
Facultad de medicina Dr. Aurelio Melean
Escuela universitaria de Postgrado
Escuela de Graduados y Educación Continua



CAJA NACIONAL DE SALUD
Hospital Obrero N° 2
Cochabamba - Bolivia

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

INTRODUCCION

- Planteamiento del problema
- Justificación

APENDICITIS AGUDA

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL RETRASO DEL TRATAMIENTO

- Objetivos específicos

MARCO TEORICO

EN EL HOSPITAL OBRERO N°2
DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD
DE MARZO DE 1995 A MARZO DE 2005

METODOLOGIA DEL ESTUDIO

- Tipo de estudio
- Universo
- Muestra
- Instrumentos
- Procedimientos

Prudencio
Dr. Prudencio Guzmán Borda
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
Mat. Prof. G-125 C.M.S.

por: Dra. Yessica Gutierrez Herrera
Tutor: Dr. Prudencio Guzmán Borda

Febrero de 2006

Cochabamba - Bolivia

DR. LUIS B. BUSTAMANTE M.
CIRUGIA GENERAL
MAT B - 351

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

INTRODUCCION

- Planteamiento del problema
- Justificación

OBJETIVOS

- Objetivo general
- Objetivos específicos

MARCO TEORICO

METODOLOGIA DEL ESTUDIO

- Tipo de estudio
- Universo
- Muestra
- Recolección de datos
- Variables de estudio
- Procesamientos de datos

ANALISIS DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

APENDICITIS, FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL RETRASO DEL TRATAMIENTO

RESUMEN

El presente trabajo, es una revisión retrospectiva de Historias Clínicas, de pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia, en el periodo de tiempo comprendido entre Marzo de 1995 hasta Marzo del 2005 del hospital Obrero Nro 2.

El objetivo es investigar que factores retrasan el tratamiento quirúrgico en apendicitis aguda, y así disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad que se presenta en esta patología.

Tenemos un total de 1 848 pacientes durante el periodo de estudio, que fueron registrados en los libros de Quirófano con el Diagnostico preoperatorio y postoperatorio de Apendicitis aguda, Abdomen agudo por Apendicitis Aguda y Apendicitis Aguda complicada.

Se revisaron las Historias Clínicas de los archivos, No encontrando los datos necesarios en 130 Historias Clínicas.

Se analizaron variables como la edad, sexo, procedencia, evolución desde el inicio de dolor, numero de horas transcurridas antes de la operación, atención prehospitalaria, diagnostico inicial y postoperatorio, exámenes complementarios y complicaciones.

La edad de presentación: 1- 14 años 22 (1.53%); 15 - 29 años 538 (36.26%); 30 - 34 años 218 (14.69%); 35-49 años 340 (22.90%); 50-64 años 246 (16.60%); 65-79 años 96 (16.60 %); mas de 80 años 23(1.53%).

El numero de pacientes 782 (52.67%) corresponden al sexo femenino y 702 (47.33%) al sexo masculino. La relación M/H es de 1.1 a 1.

El diagnostico al ingreso de la emergencia fue de Apendicitis aguda y Abdomen agudo por apendicitis aguda 1376 (92.76 %); Apendicitis aguda complicada 33 (2.29%); 73 (4.95%) Abdomen agudo no quirúrgico.

El diagnostico post operatorio: 1245 (81%) fue Apendicitis aguda no complicada 209(13%) fue Apendicitis aguda complicada, y 30(6%) se encontró apéndice normales.

El promedio de horas transcurridas desde el inicio del dolor y la intervención quirúrgica fue de (84,69%) en menos de 24 horas. Y (17.22%) en mayores de 24 horas.

La procedencia de los pacientes fue: 918(61.8%) Urbana.320 (21.6%) Periurbana. 246(16.6%) Rural.

El dolor en fosa iliaca derecha 1245(67%); epigastrio 517(28%);Hipogastrio53 (2.9%). **(Cuadro 7)**. Nauseas están presentes en 969(65.3%) **(Cuadro 8)**. Los vómitos presentes 770 (51.9%) **(Cuadro 9)**. Anorexia esta presente 504(34.0%). **(Cuadro 10)**

En relación a los signos apendiculares con la edad (Blumber, Psoas Rognin), se vio que fue positivo entre las edades de 15 a 29 años 30.10% , disminuyendo en los extremos de la vida, menores de 14 años 1.52% y mayores de 75 años 2.0%.**(Cuadro 13)**

En cuanto a los exámenes complementarios hemograma, con presencia de leucocitos de menores de 10.000; 537 (36.38;%)y mayores de 10.000; 947(64%).

El parcial de orina como examen complementario vemos que 953 (64.19%) no se realiza, en un numero de pacientes 407(27.43%) es negativo y124 (8.38%) es positivo.

Se realizaron radiografías de abdomen, siendo sugerente17 (1.14%), no sugerente 71(4.76%), y no se realizo en 1393(93.90%) de los pacientes.

En el 1340 (90.29%) de los pacientes no se realizo ecografía, realizándose en 144(9.71), es sugerente 45(3.05%) no sugerente 99(6.67%).

De los pacientes que llegaron a la emergencia en el 461(31%) hubo consumo de medicación previa y en un 1023(69%) no hubo consumo.

Las complicaciones que se presentaron en nuestro grupo de estudio fueron: Absceso de pared en 74(4.95%), 23(1.52%) presento dehiscencia de muñón, 11(0.76%) hemorragia y en 8(0.57%) presento bridas. En un 1368(92.19%) no presentaron complicaciones.

INTRODUCCION

A principios del siglo XIX el apéndice se reconoció como un órgano capaz de ocasionar enfermedad. 1886 R. Fitz. De Boston hizo una contribución decisiva al analizar el apéndice como causa primaria de inflamación en el cuadrante inferior derecho "Apendicitis" recomendó el tratamiento quirúrgico.¹

En 1889 Mc Burney describe el dolor migratorio, lo mismo que el punto más sensible que lleva su nombre.¹ Los adelantos en cuanto al uso de antibióticos, exámenes complementarios, identificación del germen; La tasa de mortalidad para la apendicitis es mucho menor del 1%.¹

La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de la emergencia abdominal, debido a que la notificación de la enfermedad no es obligatoria, su incidencia exacta se desconoce.

Se estima que ocurren 1.33 casos de apendicitis aguda cada 1.000 habitantes en el hombre y 0.99 casos cada 1.000 habitantes en la mujer.³ La etapa de la vida donde se registra la más alta incidencia es entre los 10 y 30 años de edad, y es poco frecuente en pacientes menores de 2 años y mayores de 60 años.² La relación que existe entre hombres y mujeres es alrededor 3:2.²⁻³ siendo más común en personas de raza blanca y en personas que tienen una alimentación con poco contenido de celulosa, lo que sugiere que la distribución de esta enfermedad esta determinada por el medio ambiente más que genéticamente.³⁻⁴

Actualmente el desafío con relación a esta enfermedad lo constituyen el diagnóstico y la investigación de las complicaciones, al estar acompañada la enfermedad de una morbilidad y mortalidad apreciables. La frecuencia de apéndices perforados fluctúa entre 10 y 40 % y el diagnóstico de cirugías en blanco se mantienen en el 10- 20%.¹²