



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**APENDICITIS AGUDA, SUS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN
PACIENTES DE 15 A 35 AÑOS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON
PERIODO 2013 A ENERO 2015**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL TITULO DE MEDICO**

AUTOR: NORMA BETSABE ARELLANO HERNÁNDEZ

TUTOR: DR. JUAN MEDINA CARDOZO

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO

2016



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a NORMA BETSABE ARELLANO HERNÁNDEZ ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el grado de Médico

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR LA SEÑORITA NORMA BETSABE ARELLANO HERNÁNDEZ CON C.I.# 0925333940

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES APENDICITIS AGUDA , SUS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN PACIENTES DE 15 A 35 AÑOS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2013 A ENERO 2015

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR DE TITULACIÓN

DR. Juan Medina Cardozo

DEDICATORIA

Mi trabajo es dedicado a Dios y a mis padres

A Dios por la sabiduría la fuerza y la prudencia que me da cada día para poder seguir adelante ganando las batallas que se presentan en mi vida , haciendo de mi una mujer virtuosa , a él le dedico mis logros

A mis padres por ser lo más hermoso que he recibido en mi vida , por inspirarme a no decaer y esforzarme para ser mejor

AGRADECIMIENTO

Al creador por la culminación de esta nueva etapa profesional que contiene mi mas profunda inspiración y dedicación

Agradezco aquellas personas que me supieron guiar y motivar en esta etapa profesional.

A mis padres que son fuente de inspiración

A mis familiares y amigos por su apollo incondicional

A mi tutor alma mater, DR Juan Medina Cardozo por su conocimiento impartido en realización de mi trabajo



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Apendicitis Aguda , Sus Complicaciones más Frecuentes en Pacientes DE 15 A 35 años en El Hospital Abel Gilbert Ponton Periodo 2013 A Enero 2015		
AUTOR/ ES: Norma Betsabe Arellano Hernández	REVISORES: Dr. Espinoza	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: DE CIENCIAS MEDICAS	
ESCUELA: DE MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACION:	Nº DE PÁGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE:		
<p>RESUMEN: La apendicitis aguda es una de las causas de abdomen agudo quirúrgico mas frecuente , el tratamiento es quirurgico siendo su mortalidad baja, cuando se realiza un diagnostico precoz, El propósito de esta investigación fue identificar la apendicitis aguda sus complicaciones mas frecuentes en pacientes de 15 a 35 años en el hospital Abel Gilbert Ponton periodo 2013 a enero 2015 . El estudio fue retrospectivo ,no experimental- observacional de corte transversal , se analizo los pacientes atendidos en emergencias y hospitalización en el año ,1 enero 2013 al 1 enero 2015 donde se encontró que la patologia mas frecuente de apendicitis aguda que se interviene quirúrgicamente es la apendicitis perforada con absceso en un 90% y sin absceso en 10% además entre los hallazgos anatomopatologicos quirúrgicos encontrados se presentan congestivas20%,flegmentosas40%,gangrenadas25%,perforadas15%, determinando asi que la patología flegmontosa es la que va a tomar el primer lugar entres estas ,también se determino que el número de población que sufre AA se da en un 6%. Esta patología aumenta en el sexo masculino en la actualidad con un valor de 8.6% y en las mujeres con un valor de 6.7% .</p> <p>Objetivo: Determinar cuáles son las complicaciones más comunes en la apendicitis aguda en pacientes de 15 a 35 años en el hospital Abel Gilbert Pontón periodo 2013 a enero 2015</p> <p>Método: Esta investigación será de diseño retrospectivo,de corte transversal observacional y de tipo descriptivo.</p> <p>El Universo lo constituyeron los pacientes ingresados al área de hospitalización y emergencia del Hospital Abel Gilbert Pontón durante 2013-2014-2015.</p> <p>La Muestra: Estuvo conformada por 120 pacientes , Estará conformada por los pacientes que se encuentran hospitalizados y que ingresan en el área de emergencia de 15 a 35 años con apendicitis aguda de los cuales se obtuvieron resultados.</p>		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI x	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996323650	E-mail: betsita_123@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: DR. Juan Medina Cardozo	
	Teléfono: 099876352	
	E-mail: medicar.1@hotmail.com	

RESUMEN

La apendicitis aguda es una de las causas de abdomen agudo quirúrgico más frecuente, el tratamiento es quirúrgico siendo su mortalidad baja, cuando se realiza un diagnóstico precoz. El propósito de esta investigación fue identificar la apendicitis aguda sus complicaciones más frecuentes en pacientes de 15 a 35 años en el hospital Abel Gilbert Pontón periodo 2013 a enero 2015. El estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, se analizaron los pacientes atendidos en emergencias y hospitalización en el año, 1 enero 2013 al 1 enero 2015 donde se encontró que la patología más frecuente de apendicitis aguda que se interviene quirúrgicamente es la apendicitis perforada con absceso en un 90% además entre los hallazgos anatomopatológicos quirúrgicos encontrados se presentan congestivas 20%, flegmáticas 40%, gangrenadas 25%, perforadas 15%, determinando así que la patología flegmática es la que va a tomar el primer lugar entre estas, también se determinó que el número de población que sufre AA se da en un 6%. Esta patología aumenta en el sexo masculino en la actualidad con un valor de 8.6% y en las mujeres con un valor de 6.7%.

ABSTRACT

The acute appendicitis is a of the causes of acute surgical abdomen more frequent, the surgical treatment is still low mortality, when is it an diagnosis early, the purpose of this research was to identify acute appendicitis their most frequent complications in patients aged 15-35 years in the Abel Gilbert Pontón hospital period 2013 to January 2015. The study was retrospective, not experimentally observational cross-sectional, patients treated in emergency and hospitalization was analyzed in the year, January 1, 2013 to January 1, 2015 where it was found that the most frequent pathology of acute appendicitis that is surgically intervene acute appendicitis is perforated with 90% abscess, without abscess in 10% further between surgical pathologic findings congestiva 20%, flegmentosa 40%, gangrenadas 25%, perforated 15%, so the flegmentosa determining pathology is going to take the first enter these, also it was determined that the number of people suffering AA occurs in 6%. This condition increases in male currently has a value of 8.6% and in women with a value of 6.7%.

INDICE

CAPITULO I	XI
1. EL PROBLEMA	XI
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	XI
1.2 JUSTIFICACION	XII
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	XIII
1.3.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA	XIII
1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	XIII
1.5 OBJETIVO GENERAL	XIV
2. MARCO TEORICO	XIV
2.1 INTRODUCCION	XIV
2.2 ASPECTOS HISTORICOS	XVI
2.3 EMBRIOLOGIA	XVI
2.4 HISTOLOGIA DEL APENDICE	XVII
2.5 ANATOMIA DEL APENDICE	XVII
2.6 IRRIGACION E INERVACION DEL APENDICE	XVIII
2.7 EPIDEMIOLOGIA	XIX
2.8 FISIOPATOLOGIA DE APENDICITIS AGUDA	XIX
2.9 CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA DE APENDICITIS	XXI
2.10 CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO	XXIII
2.10.1 EXAMEN CLINICO	XXIV
2.10.2 DIAGNOSTICO	XXV
2.11 TRATAMIENTO	XXVI
2.11.1 TRATAMIENTO PREOPERATORIO	XXVII
2.11.2 TRATAMIENTO OPERATORIO	XXVIII
2.11.3 TRATAMIENTO POSTOPERATORIO	XXX
2.12 COMPLICACIONES DE APENDICITIS	XXX
2.13 HIPÓTESIS	XXXI
2.14 VARIABLES	XXXII
VARIABLES DEPENDIENTES	XXXII
3. MATERIALES Y METODO	XXXIII
3.1 METODOLOGIA	XXXIII

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION	XXXIII
3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	XXXIII
3.1.3 LUGAR Y PERIODO DE LA INVESTIGACION	XXXIII
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA	XXXIII
3.2.1 UNIVERSO	XXXIII
3.2.2 MUESTRA	XXXIV
3.3 VIABILIDAD	XXXIV
3.4 MATERIALES	XXXIV
3.4.1 Recursos Humanos: pacientes, médico interno.....	XXXIV
3.4.2 Recursos Físicos: historia Clínicas, laptop, revistas, internet	XXXIV
3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	XXXIV
3.5.1 INCLUSION	XXXIV
3.5.2 EXCLUSION.....	XXXV
3.6 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION Y ELABORACION DE DATOS	XXXV
3.6.1 INSTRUMENTO DE MEDICION.....	XXXV
3.6.2 MANEJO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	XXXV
3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	XXXVI
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	XXXVII
4.1. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	XXXVII
4.2 DISCUSION	XLIV
CAPITULO V	XLV
5 CONCLUSIONES	XLV

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis aguda es una patología quirúrgica frecuente, que afecta a los individuos mayormente en edad joven, personas activas que en su mayoría requieren laborar, sin embargo sus actividades diarias se ven alteradas al padecer esta enfermedad, se observan en la emergencia y una de las causas común de abdomen agudo, representa como un reto diagnóstico en los servicios de emergencia, es muy frecuente en el hospital Abel Gilbert Ponton 30% es una de las cirugías más realizadas en nuestro hospital, refiriéndonos a que la presentación de la apendicitis aguda con los hallazgos semiológicos puede ser diagnosticada muy claramente en los pacientes, pero en la mayoría de los casos se convierte en un reto para el médico general o cirujano cuando requiere establecer un diagnóstico estos pacientes que no tienen un diagnóstico establecido son ingresados, observados, valorados por las posibles complicaciones que puedan surgir al paciente. con el propósito de mejorar el diagnóstico precoz En la emergencia generalmente ante un paciente con duda diagnóstica lo primero a evaluarse y disminuir las tasas de diagnósticos falsos y tardíos introdujeron técnicas radiológicas, estudios de laboratorio

1.2 JUSTIFICACION

La apendicitis aguda es una de las complicaciones quirúrgicas más frecuentes que se observan en la emergencia del Hospital Abel Gilbert Ponton en un 30 % de las cirugías más realizadas en este hospital, estas conllevan a aumentar la morbi-mortalidad de estos pacientes, en particular cuando se presenta un diagnóstico tardío y dificultades en el transoperatorio

El diagnóstico es un gran reto para el médico que realiza la valoración inicial, ya que es muy importante descartar una causa clínica de una quirúrgica, así como es importante también un diagnóstico precoz de la patología para poder intervenir quirúrgicamente de manera temprana permitiendo de esta manera reducir las complicaciones

En el servicio de Cirugía General del Hospital Abel Gilbert Ponton se evidencia la falta de datos específicos sobre las complicaciones de la apendicitis aguda, por lo que el interés de este estudio es conocer dichas complicaciones así como los factores que podrían aumentar su prevalencia

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales complicaciones de apendicitis aguda en pacientes de 15 a 35 años en el Hospital Abel Gilbert Ponton periodo 2013 a enero 2015?

1.3.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA

Campo: Medicina.

Área: Cirugía General

Aspecto: Apendicitis Aguda.

Tema: Apendicitis Aguda, sus complicaciones más frecuentes en pacientes de 15 a 35 años en el Hospital Abel Gilbert Ponton periodo 2013 a enero 2015

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las complicaciones más comunes en pacientes con apendicitis aguda?
2. ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones en apendicitis aguda?
3. ¿Cuál es el rango de edad en que se presenta la apendicitis aguda actualmente ?
4. ¿El uso de analgésicos previos al diagnóstico de apendicitis conlleva a un alto índice de complicaciones

1.5 OBJETIVO GENERAL

- Determinar cuáles son las complicaciones más comunes en la apendicitis aguda en pacientes de 15 a 35 años en el hospital Abel Gilbert Pontón periodo 2013 a enero 2015

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Obtener la prevalencia de complicaciones más frecuentes de apendicitis aguda.
- Establecer cuál es el rango de edad que presenta mayor número de complicación .
- Determinar cual es el síntoma mas frecuente en la apendicitis aguda

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 INTRODUCCION

La apendicitis aguda es la patología más frecuente que se da en el apéndice, esta es una intervención quirúrgica que en realidad se da y se realiza con mayor frecuencia en los servicios de urgencia quirúrgica definiéndola como la apendicectomía (NORMA, 2016)

Constituyendo la condición inflamatoria aguda abdominal más frecuente que esta requiere tratamiento quirúrgico de urgencia, y es la primera idea que llega a la mente de un cirujano a la hora de evaluar un paciente con dolor abdominal. (CALVO, 2012)

La apendicitis aguda ocurre infrecuentemente en niños muy jóvenes así como en adultos mayores, teniendo su pico de incidencia en pacientes entre el final de la segunda década y tercera década de la vida. (González, Apendicitis Aguda, 2012)

En la AA se produce una inflamación del apéndice cecal debido a la obstrucción de su luz, teniendo como principal causa a los fecalitos y a la hiperplasia de nódulos linfoides, seguidas por los cuerpos extraños como fibras vegetales, semillas, vermes, tumoraciones o una ulceración de la mucosa .

Debido a la obstrucción de la luz, el apéndice se distiende, la secreción mucosa se acumula, (pudiendo causar mucocele), donde aumenta la proliferación de bacterias y se va a generar el pasaje de las mismas al interior de los tejidos apendiculares. Todo lo citado causa dificultad al flujo sanguíneo y linfático del apéndice, presentándose así congestión vascular y trombosis venosa, que culmina con la perforación, causando absceso localizado o peritonitis, y esta última dejada a su libre evolución produce sepsis y muerte . Por lo tanto, una AA perforada sin tratamiento podría ser fatal. (Segovia Lohse HA1*, 2012)

Se ha determinado en muchos estudios un sin número de casos donde se representa que la morbilidad y la mortalidad de una laparotomía por apéndice sano es mucho menor que la morbilidad y mortalidad de una AA perforada.

En si representando siempre que en AA el diagnostico es netamente clínico, así con una buena historia clínica y un determinado examen clínico bien desarrollado vamos a obtener el diagnóstico de la AA. Dando a representar su mejor tratamiento quirúrgico ya sea convencional o laparoscópico (Norma, 2016)

2.2 ASPECTOS HISTORICOS

Los principales protagonistas que incursionaron en la investigación durante muchos años atrás y que hoy en día se agradece su labor por el estudio de la Apendicitis y la apendicectomía fueron (Norma, 2016)

R.H Fitz(1879) patólogo Fitz, patólogo de la Facultad de Medicina de Harvard y del Massachusetts General Hospital de Boston,. describe la enfermedad que en ese tiempo se conocía como peritífilitis aguda y presenta trabajo sobre la inflamación perforante del apéndice vermiforme y recomendando la apendicectomía como único tratamiento (Martín, 2006)

G.T.Morton(1888) practica primera apendicectomía no perforada, CH.McBurney describe incisión de pared abdominal y el punto en fosa iliaca derecha, J.B.Murphy investigo John Benjamin Murphy (1857-1916) en 1889, realizó la primera cirugía la secuencia de síntomas y el unico tratamiento recepción del apéndice en apendicitis aguda (Young, La apendicitis y su historia, 2013)

Sir Frederick Treves (1893-1923), cirujano, escritor e historiador inglés, con Joseph Lister realizan drenaje de acceso en fosa iliaca derecha (por apendicitis gangrenosa y perforada (Young, La apendicitis y su historia, 2013)

2.3 EMBRIOLOGIA

El apéndice veriforme es derivado del intestino medio junto con el intestino delgado, el ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del colon transversal; todas estas estructuras a su vez irrigadas por la arteria mesentérica superior. Es visible en la octava semana de gestación y los primeros acúmulos de tejido linfático se desarrollan durante las semanas catorce y quince de gestación (GONZALES, MARZO 2012)

2.4 HISTOLOGIA DEL APENDICE

El apéndice cecal es un órgano que está localizado al comienzo del intestino grueso, en el ciego, y este va a formar parte importante del sistema inmune. Su inflamación y necrosis (apendicitis aguda) es una enfermedad muy común en todas las edades, en todo el mundo. (Villa, 2011)

La manera como se va a manejar la histología con un corte transversal la luz del apéndice va a ser virtual, un poco estrecha y generalmente de contornos irregulares.

Muchas veces contiene restos celulares y puede estar totalmente ocluida

Estructura de apéndice de afuera hacia adentro son las siguientes:

- La capa peritoneal o serosa: formada por tejido conectivo con un mesotelio que recubre
- La capa muscular: con 2 capas una circular interna y una externa longitudinal
- La capa submucosa: formada por folículos linfoides, tejido adiposo, vasos arteriales, filetes nerviosos, conductos linfáticos
- La mucosa: está formada por epitelio cilíndrico simple con cilios, el corion o lamina propia esta formada por tejido conectivo laxo con la característica de infiltración del tejido linfático. La muscularis mucosae se ve deformada (interumpida) por estos folículos linfoides, encontrados en la mucosa y submucosa (Lara, 2012)

2.5 ANATOMIA DEL APENDICE

El apéndice tiene la forma tubular ciega, flexuoso se implanta debajo del ángulo iliocecal de aproximadamente 9 cm de longitud, variando desde formas cortas de 5 cm hasta formas largas de 35 cm. Se encuentra localizado en fosa iliaca derecha, sigue al ciego en sus dislocaciones con diferentes posiciones. Las variantes posicionales del ciego son producto de una alteración en la rotación del ciego durante la etapa embrionaria. (CASTAGNETO, 2009)

Es conocida la gran variedad de posiciones en las que puede presentarse el apéndice, para fines descriptivos pueden identificarse 5 principales

74% se encuentra de manera retro cecal

21% pélvica

2% paracecal

1.5% subcecal

1% preileal y 0.5% post ileal.

(CIRUGIA, 2014)

2.6 IRRIGACION E INERVACION DEL APENDICE

El apéndice esta irrigado por la Arteria apendicular usualmente descrita como rama de la arteria ileocólica. Sin embargo Lippert describe el origen de ésta de manera más detallado, de la siguiente manera:

- Proveniente de la rama ileal, 35%.
- Proveniente de la arteria ileocólica, como rama terminal, 28%.
- Proveniente de la arteria cecal anterior, 20%.
- Proveniente de la arteria cecal posterior, 12%.
- Proveniente de la arteria ileocólica, como rama colateral, 3 %.
- Proveniente de la rama cólica ascendente, 2%.,

El apéndice posee un pequeño mesenterio este contiene la arteria apendicular en su borde libre, en dicho mesenterio no se forman las arcadas típicas de la irrigación intestinal por lo que la arteria apendicular en realidad es terminal, este hecho puede trasladarse al entorno clínico, ya que al ser parte de una irrigación terminal, la arteria apendicular en casos de apendicitis es incapaz de abastecer las necesidades del tejido, generándose daño isquémico. La base del apéndice recibe el aporte sanguíneo de las arterias cólicas anterior y posterior, de allí la importancia de una ligadura adecuada del muñón apendicular, con el fin de evitar sangrado de estos vasos. (González, Apendicitis Aguda, 2012)

Las venas que salen del apéndice dan origen a un tronco venoso, la vena apendicular esta es una rama de la vena ileocolica que desemboca en el sistema porta. La irrigación linfática atraviesa el mesoapendice y se van a vaciar en los ganglios linfáticos ileocecales (NORMA, 2016)

2.7 EPIDEMIOLOGIA

Esta en realidad se genera y se representa dándose así en cualquier etapa de la vida con alto número de incidencia entre los 15 y los 35 años de edad, y se ha comprobado que Existe una decaimiento en la incidencia en los extremos de la vida (GENERAL, 2014)

En la actualidad, la apendicectomía es una emergencia se realiza alrededor de 300,000 veces al año en los Estados Unidos. El riesgo que se corre en la apendicitis aguda en la población general es 8.6% en hombres y 6.7% en mujeres y se genera principalmente entre los 20-35 años.

El riesgo de complicaciones de la apendicectomía es de 12-30% en apendicitis aguda perforada y 10-19% en apendicitis aguda no perforada El riesgo de mortalidad es de 0.5-2.4% en apendicitis aguda perforada y 0.07-0.7% en AA no perforada, El índice de apendicectomías negativas es de 10-20% (COLLADO, 2015)

2.8 FISIOPATOLOGIA DE APENDICITIS AGUDA

La fisiopatología de la apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo existen varias teorías que intentan explicar esta patología, La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas ,esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. (GONZALES, MARZO 2012)

Este evento fisiopatológico que inicia con la inflamación del apéndice corresponde a la obstrucción proximal de la luz apendicular que provoca una obstrucción en asa cerrada y la continua secreción de la mucosa apendicular, la cual provoca una rápida distensión, secundaria a un rápido incremento de la presión intraluminal. La capacidad luminal del apéndice es de solo 0.1ml, con solo una pequeña secreción cercana a los 0.5ml es capaz de aumentar la presión intraluminal alrededor de 60cmH₂O. (Hernández, APENDICITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS , 2012)

La distensión del apéndice estimula terminaciones nerviosas de fibras viscerales aferentes de estiramiento y causa dolor sordo, vago y difuso en abdomen medio o epigastrio vago asimismo, se estimula el peristaltismo por la distensión tan súbita, con la posibilidad de que al inicio puedan superponerse algunos cólicos al dolor visceral.

La distensión aumenta rápidamente por la acelerada reproducción bacteriana residente en el apéndice sumado a la continua secreción mucosa, esto distiende aún más la luz apendicular donde se excede la presión venosa y linfática, ocluyendo capilares y venas, pero el flujo arteriolar permanece constante llevando a ingurgitación y congestión de tipo vascular.

Una distensión de esta magnitud suele causar náuseas y vómitos reflejos, y el dolor visceral difuso aumenta su intensidad. Alteración del riego y la necrosis, ocurre una perforación. Por lo general la perforación ocurre en un punto distal a la obstrucción, más que en la punta propiamente.

En poco tiempo el proceso inflamatorio incluirá la serosa del apéndice y el peritoneo parietal de la región, lo cual provoca la migración del dolor hacia el cuadrante inferior derecho. La mucosa del tracto digestivo, incluido el apéndice, es susceptible a un deterioro del riego y en consecuencia se altera en forma temprana su integridad, lo que promueve una invasión bacteriana. Con la disminución en el flujo sanguíneo, se desarrollan infartos elipsoidales en el borde antimesentérico. Como consecuencia de la distensión, proliferación bacteriana (Calvo, 2012)

2.9 CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA DE APENDICITIS

Actualmente se ha establecido numerosas clasificaciones en la apendicitis agudas.

La clasificación utilizada en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción Paraguay se establece cuatro etapas:

- a) congestiva,
- b) flegmonosa,
- c) gangrenosa y
- d) perforada

(Segovia Lohse HA1*, 2012)

1. Apendicitis Congestiva o Catarral Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, a cúmulo de bacterias y reacción del tejido linfoide, que produce un exudado plasmoleucocitario denso que va infiltrando las capas

superficiales. Todo esto macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa y se llama apendicitis congestiva o catarral.

2. Apendicitis Flegmonosa o Supurativa La mucosa empieza a presentar pequeñas ulceraciones o es totalmente destruida siendo invadida por enterobacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas incluyendo la serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrinopurulento en su superficie; si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre.

3. Apendicitis Gangrenosa o Necrótica Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano genera anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, que llevan a una necrobiosis total.

La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con microperforaciones, aumentando el líquido peritoneal, que puede ser tenuemente purulento con un olor fecaloideo

4. Apendicitis Perforada Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, en este momento estamos ante la perforación del apéndice.

Toda esta secuencia debería generar continuamente peritonitis, si no fuera porque el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplón y asas intestinales adyacentes que producen un bloqueo del proceso que, cuando es efectivo, da lugar al PLASTRON APENDICULAR, y aun cuando el apéndice se perfore y el bloqueo es adecuado, dará lugar al ABSCESO APENDICULAR, éste tendrá una localización lateral al ciego, retrocecal, subcecal o pélvico y contiene una pus espesa a tensión y fétida.

Cuando el bloqueo es deficiente o no se produce, como en el niño que presenta epiplón corto, la perforación del apéndice ocasiona una peritonitis generalizada, es la complicación más severa de la apendicitis (Marcial, ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO, 2010)

Las apendicitis aguda gangrenosas y perforadas se denominan generalmente complicadas.

Esquema de clasificación de apendicitis aguda

- No complicada
 - Edematosa (congestiva o catarral)
 - Edematosa o abscedada (flegmentosa)
- Complicada
 - Necrosada sin perforación (gangrenosa)
 - Perforada con absceso localizado (perforada)
 - Peritonitis generalizada (Segovia Lohse HA1*, 2012)

2.10 CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO

La sintomatología que genera la apendicitis se puede agrupar en síntomas típicos y síntomas atípicos vigente a lo descrito en la literatura, Los síntomas típicos están presentes solo entre el 50 y el 70 % de los pacientes. Estos síntomas se han agrupado clásicamente en tablas de valoración clínica que buscan determinar la probabilidad pretest para el diagnóstico de esta entidad .

Los síntomas atípicos se presentan entre el 20 y el 30 % de los pacientes. Estos síntomas aparecen debido a las variantes en la posición anatómica del apéndice cecal y a diferencias en la percepción y descripción del dolor por parte del paciente . La edad en la que se presenta es un factor muy importante; se dice que hasta el 47 % de las apendicitis en los niños menores de 5 años de edad y el 51 % de las apendicitis en las personas mayores de 65 años ya están perforadas al momento del diagnóstico (Espejo, 2014)

Un resumen de Escala De Alvarado para calcular la probabilidad clínica (pretest) de apendicitis aguda entre las categorías encontramos los síntomas como la anorexia-cetonuria con un puntaje de uno, náusea-vómito igualmente y la migración del dolor con puntaje de uno.

En estas categorías también en el examen físico vamos a encontrar el dolor en el cuadrante inferior derecho con un valor de dos puntos, dolor al rebote con puntuación de uno además de fiebre de $>37^{\circ}\text{C}$.

Entre estas categorías cabe recalcar que también podemos observar los exámenes de laboratorio donde se va a encontrar una leucocitosis $>10.000\text{mm}^3$, desviación hacia la izquierda, neutrófilos mayor a un 75%, una vez obteniendo las categorías y describiendo cada signo y síntoma procedemos a dar una interpretación del puntaje donde:

1-4 tiene baja probabilidad de apendicitis

5-6 posible apendicitis

7-8 probable

9-10 apendicitis muy probable

Toda esta escala podemos darnos cuenta que es muy útil al momento de ver la probabilidad clínica de la apendicitis aguda (NORMA ARELLANO)

2.10.1 EXAMEN CLINICO

Con una buena historia clínica y un minucioso examen físico se elabora el diagnóstico generalmente en la mayoría de los casos. Los hallazgos semiológicos evolucionan en mayor parte de la ubicación anatómica del apéndice. Los signos vitales cambian muy poco en casos de apendicitis aguda no complicada, en muchas ocasiones estas variaciones en temperatura son pequeñas alrededor de un grado centígrado y la frecuencia de pulso apenas elevada o normal. Cambios de mayor magnitud nos orientan más a una complicación.

El paciente con apendicitis aguda prefiere acostarse en posición supina, con los muslos hacia arriba y en especial el lado derecho generalmente es una forma de evitar acentuar el dolor. (Jorge, Apendicitis Aguda, 2012)

Los hallazgos clásicos en fosa iliaca derecha los hallamos en apéndices que se localizan en posición anterior, también como la hipersensibilidad máxima en el punto de Mac Burney o cerca de el, generalmente asociado a rebote directo, lo que nos debe hacer pensar en irritación peritoneal localizada, En muchas ocasiones Podemos encontrar dolor en el cuadrante inferior derecho al ejercer una presión en el cuadrante inferior izquierdo, conocido como el signo de Rovsing.

La apendicitis aguda se acompaña de hiperestesia cutánea en el sector inervado por los nervios raquídeos T10, T11 y T12 en el lado derecho. La magnitud de este proceso inflamatorio va en relación a la resistencia muscular que presenta la pared abdominal a la palpación, al comienzo de la enfermedad predomina la resistencia voluntaria por parte del paciente pero a medida que evoluciona el cuadro predomina la resistencia muscular involuntaria, reflejando contracción muscular. (Norma, 2016)

Las diferentes ubicaciones anatómicas del apéndice nos da lugar a los hallazgos inusuales al explorar un paciente, por ejemplo en pacientes con apéndice retrocecal, los hallazgos clínicos que puedo encontrar no son tan referidos en abdomen anterior sino se ha dado mas bien a nivel de los flancos.

Una apéndice con inflamación localizada hacia la pelvis, puedo tener pocos o escasos hallazgos abdominales, por el contrario al ejecutar un tacto rectal, con el dedo explorador se ejerce presión en fondo saco de Douglas y logro provocar irritación del peritoneo lo que me produce dolor suprapúbico y en recto. El tacto rectal dirigido hacia la FID produce dolor, pero hoy en día es un examen solo se da en casos seleccionados. En mujeres lo principal es el tacto vaginal para excluir diagnósticos diferenciales (CALVO, 2012)

2.10.2 DIAGNOSTICO

El diagnóstico de apendicitis aguda generalmente es clínico y no presenta dificultades para su ejecución, salvo casos particulares. Con una buena historia clínica y un minucioso examen físico se realiza el diagnóstico en la mayoría de los casos(NORMA ARELLANO)

Históricamente el dolor es descrito de instauración aguda y localizado inicialmente a nivel epigástrico o periumbilical, posteriormente con el paso de las horas el dolor migra a la fosa iliaca derecha donde aumenta en intensidad, sin embargo esto solo ocurre en un 50-60% de los casos (Jorge, Apendicitis Aguda, 2012)

Los exámenes de laboratorio generalmente reportan leucocitosis de entre 11,000 a 12,000 con neutrofilia, un recuento aumentado de leucocitos sugiere algunos padecimientos y debe darse diagnóstico diferencial. La aparición de leucocitos inmaduros llamados bandas, señala un proceso inflamatorio agudo avanzado.

En los estudios de gabinete, la radiografía simple de abdomen puede observar dilatación del ciego y niveles hidroaéreos a ese nivel, muchas veces puede apreciarse un fecalito calcificado (5 a 10% de pacientes, sobre todo pediátricos), su beneficio es limitado en el diagnóstico específico de apendicitis aguda, pero generalmente este tiene valor para estudiar el patrón gaseoso del intestino, y en si definir si existe impactación fecal, y en algunos casos, observar un cálculo urinario radioopaco.

Algunos criterios para el diagnóstico ecográfico de apendicitis aguda son: la observación de una imagen tubular en la fosa ilíaca derecha, cerrada en un extremo, no compresible por medio del transductor, con diámetro transverso mayor a 6 milímetros y pared engrosada mayor de 2 milímetros; puede haber líquido dentro de la luz apendicular hasta en 50% de los casos de apendicitis no perforada; materia fecal solidificada (fecalito) de forma variable dentro de la luz apendicular, o fuera del apéndice (absceso periapendicular) en caso de que

se encuentre perforado. La tomografía axial computada, accede a identificar abscesos, flegmones (plastrón) y masas inflamatorias periapendiculares. (Peniche, 2014)

2.11 TRATAMIENTO

La apendicitis aguda en realidad es quirúrgico y el momento de ejecutarla va en realidad depender de la mayor o menor evidencia diagnóstica clínica. La mortalidad de la apendicectomía es casi siempre baja (1.3%), no obstante esta cifra se eleva en e momento que el apéndice está perforado, por motivo que surgen complicaciones sépticas.

Esta técnica quirúrgica más utilizada en realidad es la cirugía abierta. Existen centros donde se dispone la cirugía laparoscópica, pero esta técnica se realiza en más tiempo operatorio y el costo es mucho mayor que las técnicas clásicas. Su uso siempre debe ser selectivo y realizada siempre por cirujanos entrenados en esta técnica quirúrgica.

En una apendicitis aguda con apéndice perforado o absceso apendicular la cirugía debe ser continuamente abierta, el comportamiento frente al plastrón apendicular es tratarlo siempre con reposo físico, digestivo y antibióticos; si en tal caso existe buena respuesta como en la mayoría de los casos preferimos utilizar una apendicectomía electiva dentro de 2 meses del episodio.

Al realizar cirugía con el plastrón apendicular, hemos visto una mayor morbilidad, ya que técnicamente es un poco mas complicado realizar la apendicectomía.

Las complicaciones más común de la apendicectomía es la infección de la herida operatoria, para disminuir la incidencia de ésta, se tiene que realizar una técnica quirúrgica muy rigurosa y la proteccion a esta menor complicación el manejo de la profilaxis antibiótica. (PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE)

2.11.1 TRATAMIENTO PREOPERATORIO

En tanto con una administración preoperatoria, transoperatoria o postoperatoria, y se podría utilizar una práctica habitual en las apendicetomías de urgencia, se sugiere profilaxis antibiótica preoperatorio con 2g de cefoxitina intravenosa en el momento de la inducción anestésica a todos los pacientes.

Se administra la cefazolina (1-2 grs. IV) mas metronidazol (500 mgs IV) dosis única como profilaxis antibiótica En caso de no contar con cefazolina y cefoxitina se recomienda el uso de cefotaxima como antibiótico para la profilaxis antimicrobiana en apendicitis aguda y en caso de hipersensibilidad a este fármaco se utilizara la amikacina (Delegación Cuauhtémoc, Tratamiento de la Apendicitis aguda , 2014)

2.11.2 TRATAMIENTO OPERATORIO

El objetivo se va a centrar en reseca el órgano enfermo y si existe una peritonitis se procederá además a lavar y drenar la cavidad abdominal donde en la actualidad ya no es muy utilizado. Procesos que se dan de pocas horas de evolución, bastará una incisión de Mac Burney o una incisión transversa a lo Roque Davis (Arce) La incisión horizontal incluye la sección de la piel en sentido transverso sobre el cuadrante inferior derecho, a nivel de la espina ilíaca, sobre la mitad externa del músculo recto anterior del abdomen. La fascia se incide en el mismo sentido transverso y el músculo se rechaza internamente.

En realidad el peritoneo se puede abrir longitudinalmente para luego impedir una lesión de los vasos epigástricos. Cuando se necesita una mejor exposición de los planos, se va a cortar el borde fascial interno del oblicuo interno y del transverso, y se divulsionan ambos músculos, tanto cuanto sea necesario. En lo posible, y especialmente en las mujeres, se hace una incisión pequeña estética, La incisión longitudinal traspasar todos los planos hasta la cavidad peritoneal.

las incisiones pararectales, se realizan por fuera del músculo recto anterior, este acceso no daña los nervios que van al músculo y evitan así su denervación y posterior atrofia. Como se anotó, esta incisión está indicada en procesos difusos que incluyen peritonitis generalizada y que exigen lavar la cavidad.

También está indicada cuando el diagnóstico no es claro y puede ser necesario extender la incisión para practicar el debido procedimiento.

Si el proceso tiene varias horas o días de evolución, será necesario abordar con una incisión amplia (Paramediana derecha, transrectal infraumbilical) que permita una buena exéresis, un buen lavado peritoneal y adecuado drenaje. La exéresis del apéndice puede darse en forma clásica con sección del meso apendicular y su arteria y luego sección del apéndice desde su base previa ligadura de la misma, a su vez el muñón apendicular puede ser dejado libremente o ser invaginado mediante una jareta.

La incisión es para mediana derecha infraumbilical, el abordaje a la cavidad se realiza según técnica de Jalaguier. La técnica de elección del servicio es la apendicectomía típica sin jareta con mesoplastia. Al encontrarse líquido en la cavidad se realiza lavados con solución fisiológica hasta que presente débito del mismo transparente. Se va a generar el control de hemostasia y el cierre es por planos con sutura reabsorbible. El cierre de la piel puede ser con puntos intradérmicos o separados.

De ser posible se debe hacer la apendicectomía. Sin embargo, en caso de absceso y devastación total del apéndice cecal, practicar drenaje del absceso solamente, dejando un tubo de drenaje por contrabertura debido a la posibilidad de una fístula cecal. Al encontrar una apendicitis perforada con peritonitis generalizada, una vez realizada la apendicectomía se procede a lavar la cavidad peritoneal con solución salina hasta que el líquido de retorno sea de aspecto claro. No se deja dren, aunque hubiera un absceso en la cavidad. Debe de haber precaución en que el muñón apendicular quede bien asegurado la indicación para drenaje generalmente es la inseguridad del cierre del muñón apendicular.

Cuando la apendicitis se encuentra complicada se dejar drenaje con salida diferente a la herida operatoria. Con respecto a la herida quirúrgica, ésta se cierra si el apéndice no estaba perforado, pues se trata de una herida limpia contaminada.

En caso de perforación, peritonitis o absceso, se cierran el peritoneo y la fascia y se dejan el tejido celular y la piel abiertos. Sobre la herida se aplica una gasa humedecida o con solución salina que no se debe retirar hasta el cuarto día postoperatorio. Al cuarto día postoperatorio se va a descubrir la herida y si ese se encuentra limpia, se puede cerrar con mariposas de esparadrapo o con sutura simple. En el caso que se encuentre infectada, se prosigue con curaciones y se espera al cierre por segunda intención.

(Marcial, ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO , 2010)

2.11.3 TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Existe existencia referentemente sustentada que la acupuntura no es más efectiva que el placebo En general, en el periodo perioperatorio es preferible la vía parenteral. La más confiable es la intravenosa, o las técnicas de analgesia regional; la menos recomendada es la intramuscular. De acuerdo a la escala visual analógica (EVA) referida en la Escalera Analgésica promovida por la OMS, del dolor leve hasta el dolor fuerte se recomienda como primera opción los AINES.

Dentro de estos el paracetamol por vía intravenosa es el de primera elección para todas las edades, contando con alternativas institucionales tales como: Ketorolaco y metamizol sódico Habitualmente la pendicectomía laparoscópica se realizan bajo anestesia general; la cual inhibe la molestia intraoperatoria de dolor de hombro, proporciona buena relajación muscular y control de la ventilación minuto. La anestesia regional neuroaxial ha sido reportada con buenos resultados, otros mencionan que no es bien tolerada la presión intra-abdominal por los pacientes

La anestesia general es la más utilizada para apendicectomía laparoscópica para controlar los cambios que se producen por la insuflación de CO2 en la cavidad abdominal, tales como alteraciones hemodinámicas, respiratorias y metabólicas.

(Delegación Cuauhtémoc, TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA, 2014)

2.12 COMPLICACIONES DE APENDICITIS

Las complicación que se presenta generalmente mas usual va ha ser la infección (herida quirúrgica o absceso intraabdominal).

La Infección de la herida quirúrgica: la práctica del cierre primario diferido no se ha establecido como beneficioso. Por lo tanto recomendamos cierre primario.

La apendicectomía por laparoscopia se ha demostrado con varios estudios en la actualidad se va a presenta menor incidencia de infección de la herida quirúrgica.

Complicación inusual es la llamada pyleflebitis que va ha ser una trombosis e infección del sistema venoso portal, que puede ser secundario a cualquier infección intra abdominal. Se debe sospechar en pacientes con fiebre y pruebas de funcionamiento hepático anormales.
(Segovia Lohse HA1*, 2012)

2.13 HIPÓTESIS

Demostrar que la apendicitis aguda es menor en los pacientes en edades entre 15-35 años. Demostrar las complicaciones más frecuentes en pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

2.14 VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

Apendicitis aguda

VARIABLES INDEPENDIENTES

Complicaciones

CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODO

3.1 METODOLOGIA

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION

- La investigación es de tipo descriptivo

3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

- Retrospectivo , no experimental de corte transversal y método de observación analítica

3.1.3 LUGAR Y PERIODO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se realizara en el Hospital Abel Gilbert Pontón en la ciudad de Guayaquil, comprende desde 1 enero 2013 a enero 2015

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 UNIVERSO

- los pacientes ingresados en el área de hospitalización y emergencia con diagnostico de Apendicitis Aguda del Hospital Abel Gilbert Pontón durante en el año 2013-2015.

3.2.2 MUESTRA

- Estará conformada 120 pacientes Con diagnostico de Apendicitis Aguda del Hospital Abel Gilbert Pontón en la ciudad de atendidos en el periodo 1 enero 2013 a enero del 2015 Guayaquil.

3.3 VIABILIDAD

Este estudio es viable ya que para su ejecución se dispone de los pacientes que se encuentran hospitalizados en el área cirugía y tóco quirúrgico, posteriormente el hospital posee un registro específicamente estadístico de la historia clínica de los pacientes en donde se demuestra el proceso y la evolución de los mismos.

En realidad este estudio es dirigido con la aprobación y el apoyo del tutor del trabajo de titulación, además se tiene el respaldo de las autoridades del Hospital y personal del departamento de Docencia y Estadística. Con respecto al gasto de los recursos y materiales que se generara serán manejados por el autor de la tesis.

3.4 MATERIALES

3.4.1 Recursos Humanos: pacientes, médico interno

3.4.2 Recursos Físicos: historia Clínicas, laptop, revistas, internet

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1 INCLUSION

- Historias clínicas con datos completos
- Pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, en aquellos que se realizó apendicectomía.
- Pacientes de 15 a 30 años de edad

3.5.2 EXCLUSION

- Pacientes cuyo diagnóstico postoperatorio no era apendicitis aguda ni apéndice cecal sin alteraciones significativas.
- - Historias clínicas o reportes anatomopatológicos incompletos

3.6 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION Y ELABORACION DE DATOS

3.6.1 INSTRUMENTO DE MEDICION

Para la obtención de los datos se recolecto información de las historias clínicas en donde constan los datos de pacientes con apendicitis aguda, para identificar cuáles son sus complicaciones mas frecuentes en pacientes de 15- 30 años

3.6.2 MANEJO Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Luego de la recolección de los datos de los pacientes con apendicitis aguda en la edad de 15-35 años que se realizo mediante la revisión de historias clínicas, se ingresa la información al Programa de Estadísticas de Excel, en el cual se pueden elaborar las gráficas correspondientes para elaborar tablas, y porcentajes requeridos.

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE Apendicitis aguda	La apendicitis es la inflamación del apéndice, el cual se ubica en el ciego	Historia clinica	Historia clínica tiempo de hospitalización
VARIABLE INDEPENDIENTE Complicaciones	Edematosa Fibrinosa Gangrenosa Peritonitis abseso	Migración del dolor Nauseas vomito Anorexia Dolor en fosa ilaca derecha Signo de blumberg Neutrófilos leucositos	Exámenes de laboratorio Ecografía

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y ANÁLISIS

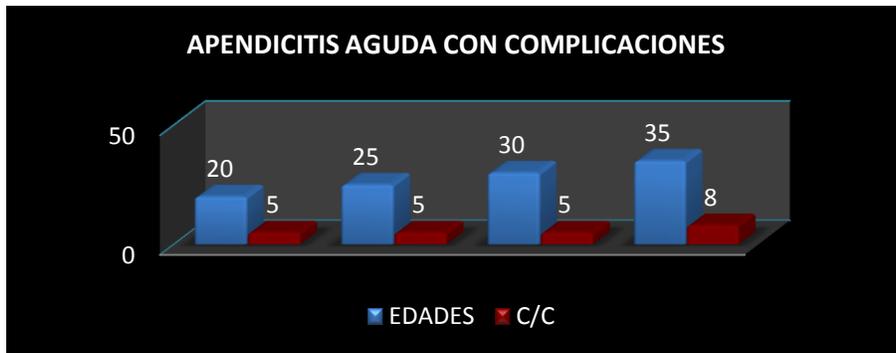
Datos obtenidos en el área de estadísticas del Hospital Abel Gilbert Pontón

Los datos recopilados se obtuvieron de una revisión exhaustiva del expediente clínico de 120 pacientes que fueron ingresados al área de hospitalización de cirugía y emergencia ingresados con diagnóstico de apendicitis aguda en el periodo de 2013-2015

Cada historial clínico investigado se clasificó de acuerdo a complicaciones de apendicitis aguda en pacientes de 15-30 años, también se clasificó los datos anatomopatológicamente entre estas complicaciones se individualizó cada una para observar y contabilizar cuál es la de mayor riesgo como: apendicitis complicadas u no complicadas y su relación con el tema expuesto posteriormente se calculó con fórmulas en el programa de Microsoft Excel y se realizó gráficos para exponer el porcentaje.

Tabla. casos de apendicitis presentados y tratados en el HAGP durante los meses de diciembre 2015 y enero del 2016

APENDICITIS AGUDA CON COMPLICACIONES (GUARDIAS)				
EDADES	20	25	30	35
C/C	5	5	5	8



APENDICITIS AGUDA SIN COMPLICACIONES (GUARDIAS)				
EDADES	20	25	30	35
S/C	10	8	12	3



Fuente de información: Revisión de historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital
Abel Gilbert Ponton

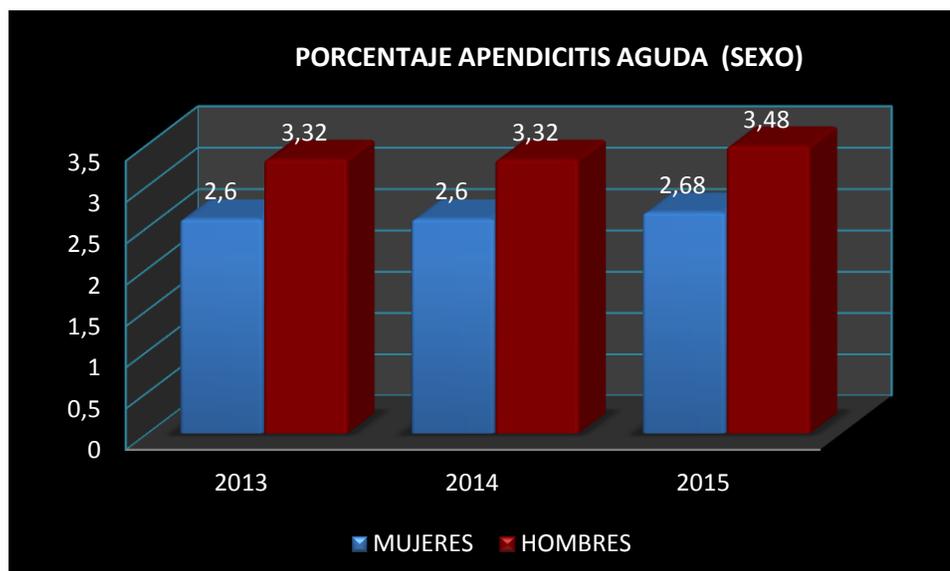
Autora: Norma Arellano

Análisis e interpretación:

En el año 2015 diariamente recibimos el 100% de pacientes con diferentes casos a tratarse que se estime que el 6% son casos de apendicitis y dentro de este valor el 40 % se presentan casos de apendicitis complicada y el otro 50% de apendicitis no complicada y dentro de esta patología fluctúan entre las edades 18-35 años.

Tabla 2 Se obtuvo una población de 40 pacientes por cada año 2013-2014-2015 dando a conocer que el sexo masculino es el más frecuente.

PORCENTAJE APENDICITIS AGUDA			
SEXO	2013	2014	2015
MUJERES	2,6	2,6	2,68
HOMBRES	3,32	3,32	3,48



Fuente de información: Revisión de historias clínicas del Hospital Abel Gilbert Pontón.

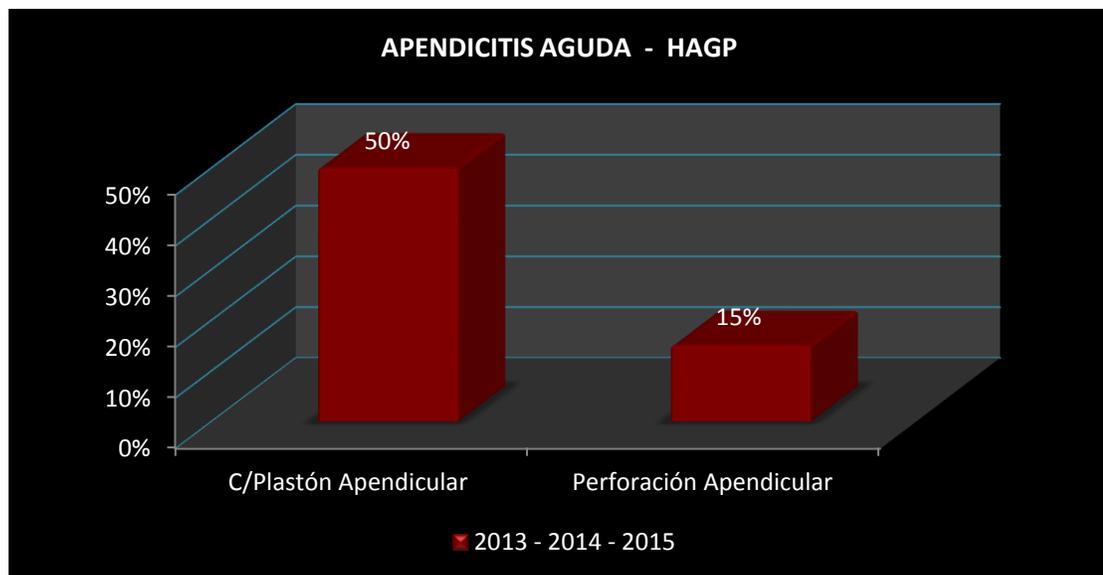
Autora: Norma Arellano

Análisis e interpretación:

Determinamos que la Apendicitis Aguda se presentan más casos en el sexo masculino con un rango de 8.3%-8.6% desde el 2013-2015

Tabla 3. La población fue realizada con 40 pacientes en los año 2013-2014-2015.

HALLAZGOS QUIRURGICOS		
AÑOS	C/Plastrón Apendicular	Perforación Apendicular
2013 - 2014 - 2015	50%	15%



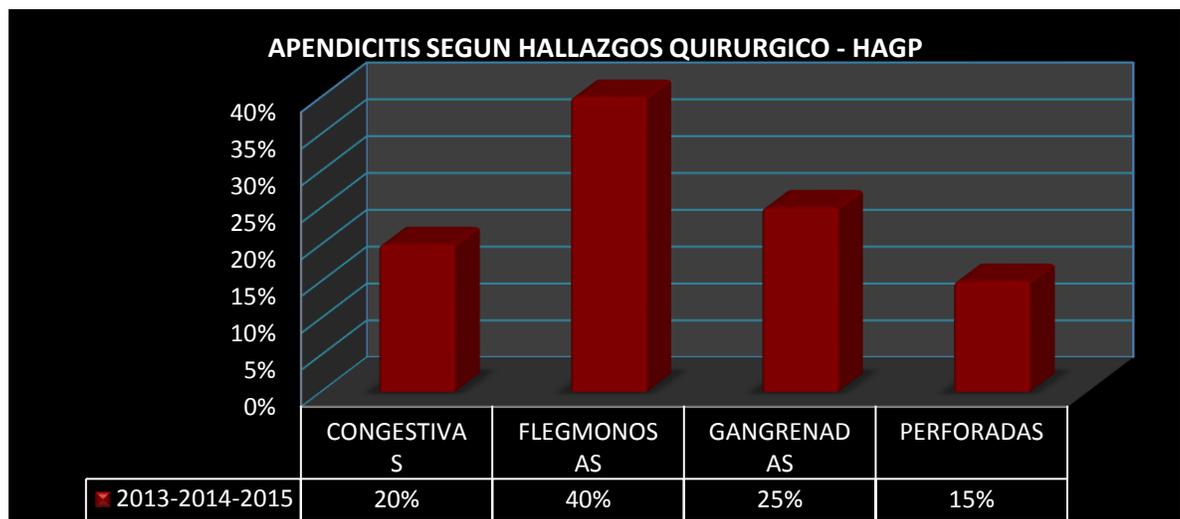
Fuente de información: Revisión de historias clínicas del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Autora: Norma Arellano

Análisis e interpretación: Determinamos que los hallazgos quirúrgicos más frecuentes por operaciones de Apendicitis Aguda se presentan por perforación apendicular 15% y plastrón apendicular 50% en los años 2013-2014-2015

Tabla. 4 la población se presentó con el estudio de 40 pacientes en los años 2013-2014-2015

CLASIFICACION DE APENDICITIS SEGUN HALLAZGOS QUIRURGICOS				
AÑOS	CONGESTIVAS	FLEGMONOSAS	GANGRENADAS	PERFORADAS
2013-2014-2015	20%	40%	25%	15%



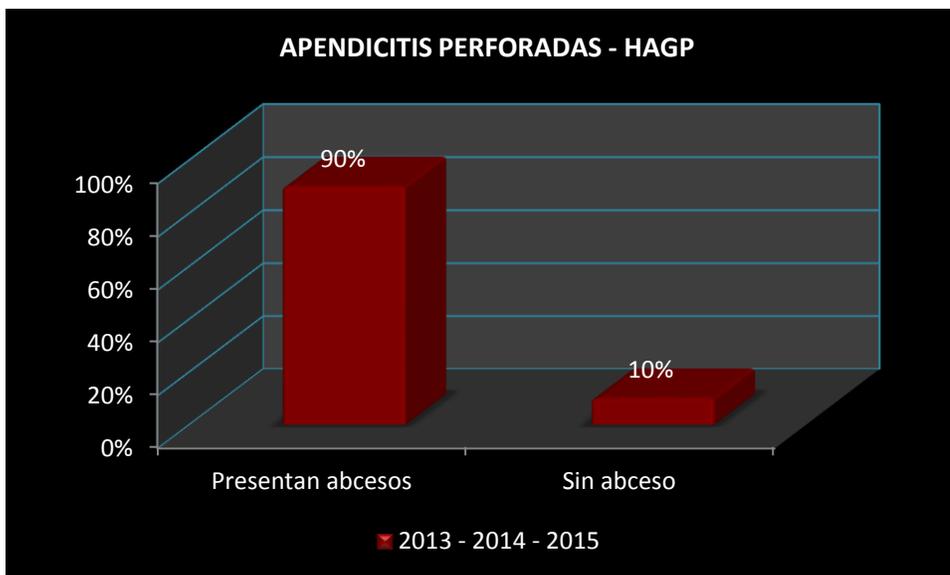
Fuente de información: Revisión de historias clínicas del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Autora: Norma Arellano

Análisis e interpretación: Delimitamos una clasificación anatomopatológica de los hallazgos quirúrgicos que se presentan en el HAGP : congestivas 20%, flegmonosas 40%, gangrenadas 25%, perforadas 15% . dando a conocer que el más encontrado es con un porcentaje alto son las gangrenadas en los años 2013-2014-2015

Tabla. 5 Se determinó un estudio con 40 pacientes en los años 2013-2014-2015.

OPERACIÓN APENDICITIS PERFORADAS		
AÑOS	Presentan abscesos	Sin absceso
2013 - 2014 - 2015	90%	10%



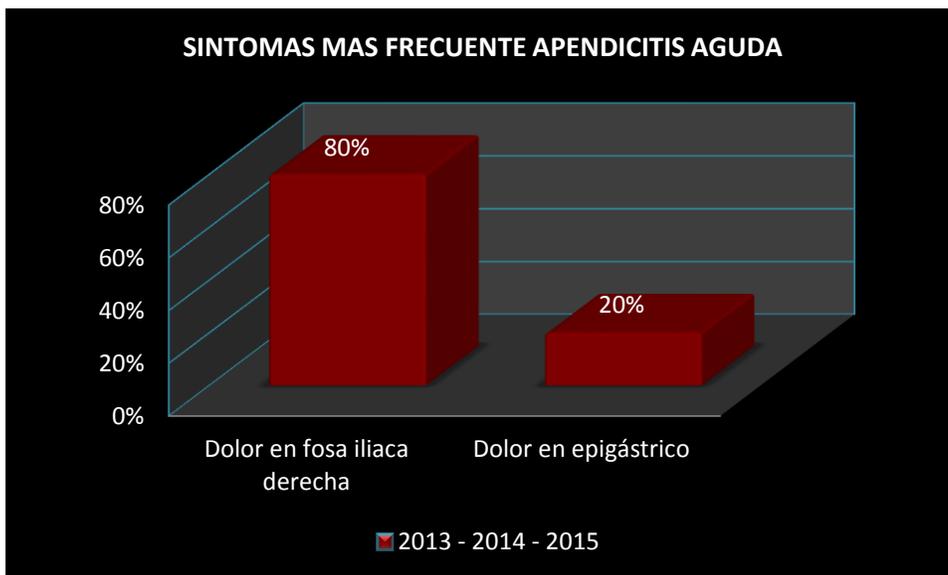
Fuente de información: Revisión de historias clínicas del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Autora: Norma Arellano

Análisis e interpretación: Determinamos que las complicaciones más frecuentes en la apendicitis aguda que más se encuentran en el HAGP van a ser: apendicitis perforada 15% con absceso en un 90% y sin absceso en un 10% en los años 2013-2014-2015

Tabla. 6 se obtuvo datos de un estudio de 40 pacientes en el año 2013-2014-2015

SINTOMAS MAS FRECUENTE APENDICITIS AGUDA		
AÑOS	Dolor en fosa iliaca derecha	Dolor en epigástrico
2013 - 2014 - 2015	80%	20%



Fuente de información: Revisión de historias clínicas del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Autora: Norma Arellano

Análisis e interpretación: Determinamos que los síntomas que mas frecuentes se presentan al momento que se origina el cuadro de apendicitis aguda encontradas en el HAGP va a ser : dolor en la fosa iliaca derecha 80% y dolor en epigastrio 20% en los años 2013-2014-2015

4.2 DISCUSION

Se realizo un estudio de 120 pacientes donde estadísticamente se procedió hacer un minucioso desglose para poder dar a conocer los valores en la actualidad que rigen donde arrojó un promedio de edad de 20-35 años y con una mayor proporción de pacientes varones. Esto posiblemente se deba a que en este estudio no se introdujeron a pacientes menores de 15 años, pues el Hospital Abel Gilbert Pontón no tiene el nivel para atender a niños con patología quirúrgica. En realidad El diagnóstico de la apendicitis aguda mejora con la experiencia del cirujano, y dado también por la ayuda en medicina de estudios auxiliares, principalmente imagen lógicos. A pesar de todo esto no es infrecuente hallar un apéndice aparentemente sano durante el procedimiento quirúrgico en un paciente con diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda. Tampoco es raro no encontrar una causa que justifique el dolor abdominal en fosa iliaca derecha a la exploración del abdomen en estos pacientes. Al analizar la existencia o no de apendicitis aguda desde el punto de vista quirúrgico y anatomopatológico se obtuvo una concordancia moderada en su estudio de 120 casos de apendicitis aguda. Sin embargo, los cirujanos pudieron diagnosticar como tales los casos de apendicitis aguda que fueron confirmados por la anatomía patológica, esto significa que los cirujanos tienen más facilidad para identificar apéndices enfermos que sanos. La importancia de esta sensibilidad diagnóstica en sala de operaciones, radica en la preocupación de que un apéndice agudamente inflamado pase desapercibido debido a las consecuencias de una sepsis intrabdominal. En general, los cirujanos diagnostican con más frecuencia apendicitis aguda flegmonosas (40%) al igual patólogos, consideradas como no complicadas. La falla en el diagnóstico de apendicitis aguda complicada tiene importancia debido a la implicancia en la terapéutica, que incluye mayor tiempo de internación y duración del tratamiento antibiótico.

CAPITULO V

5 CONCLUSIONES

El total de 120 historias clínicas cumplían los criterios de inclusión, 2013-2014 – 2015 (Enero – Enero), en el Hospital Abel Gilbert Ponton, se llegó a determinar en apendicitis aguda las complicaciones mas frecuentes y las edades en que esta se presenta en conclusiones son las siguientes :

los cirujanos diagnostican con más frecuencia apendicitis aguda flemonosas en un (40%) generalmente considerada como no complicada. Además los hallazgos de apendicitis aguda perforada con absceso en un 80% considerada como apendicitis complicada .

Se determinó que la Apendicitis Aguda se presenta mas en el sexo masculino en los años (2013-2015) correspondían al sexo femenino(6.4%-6.7%), y que correspondían al sexo masculino(8.3%-8.6%).

El promedio de edad fue de 20-35 años y el sexo masculino fue el más afectado.

Según estadiaje, la apendicitis aguda congestiva correspondió al 20%; flemonosa, al 40%; gangrenosa, al 25% y perforada, al 15%.

- La sensibilidad del diagnóstico quirúrgico para apendicitis aguda fue del 99.2%, mientras que la especificidad fue del 45.5%.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

- Realizar la apendicectomía temprana ante la sospecha de apendicitis aguda para evitar complicaciones y disminuir la morbimortalidad.
- Analizar cuidadosamente el apéndice cecal en sala de operaciones, por el cirujano, observando los hallazgos macroscópicos externos; con el fin de afinar el diagnóstico postoperatorio.
- Emitir el reporte anatomopatológico dentro de las 24 horas después de la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1. Arevalo.O,Moreno.M,Ulloa.M(2014)Apendicitis Aguda:Hallazgos Radiologicos.Colombia.(Articulo Original)
2. **Asociación Mexicana de Cirugia General(2014).Guia de Practica Clinica.Mexico**
3. **Costa Rica Y Centro America)**
4. **Castagneto. G,Galindo.E(2009) Patologia quirúrgica Del Apendice Cecal.Buenos Aires.Argentina.**
5. **Rebollar,R.Garcia.J,Trejo.R.(.2009).Revision Bibliografica.Mexico.(Revista Hospital Juan)**
6. **Calvo.L.(2012).Apendicitis Aguda En El Servicio De Urgencia.Costa Rica.(Revista medica de Costarica y centroamerica)**
7. **Contreras D., Mosquera E., Castañeda Z(2011). Histopatología de las apendicitis agudas – Necrosis versus apoptosis.Colombia(articulo original)**
8. **Gil-collado.M (2015).EL Manejo Medico De Apendicitis Aguda.Costa Rica.(Revista Medica De**
9. **Gonzales Jorje(2012).Apendicitis Aguda.Costa Rica.Asocomefo(medicina legal de Costa Rica)**
10. **Marcial,(2010) ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO**
11. **Rebollar,R.Garcia.J,Trejo.R(.2009).Revision Bibliografica.Mexico.(Revista Hospital Juan)**
12. **Dubon M, Ortiz A(2014)Apendicitis Aguda Su Diagnostico y Tratamiento(Revista Facultad Medica de la UNAM)**
13. **Segovia.L, Figueredo.T(2012) Concordancia quirúrgico - patológica en el diagnóstico de la apendicitis aguda.Asunción.(Articulo Original)**
14. **Young.P(2013) La apendicitis y su historia.Chile.(Revista Medica).**
15. http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46_2_07/cir11207.htm
16. <http://dspace.espoeh.edu.ec/bitstream/123456789/1897/1/94T00076.pdf>

