

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA

(Revisión de un año)

En el Hospital Nacional Santa Elena, Quiché

Trabajo de Tesis

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas,
de la Universidad de San Carlos de -
Guatemala.

FOR

RENE CRISOLOGO SANCHEZ MOGOLLON

En el acto de investidura, previo a optar el título de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala,

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- GENERALIDADES
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- ANTECEDENTES
- 6.- HIPOTESIS
- 7.- PRESENTACION DE RESULTADOS
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- RECOMENDACIONES
- 10.- BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

La Apendicitis Aguda, constituye uno de los más comunes e importantes procesos de enfermedad abdominal aguda.

Este cuadro puede presentarse en todo grupo etareo pero es mucho más frecuente en la década de los diez a los veinte años, con mayor prevalencia en pacientes de sexo masculino. El porcentaje de mortalidad y morbilidad ha disminuido con el correr de los años, gracias a los grandes adelantos que la Medicina a tenido.

Existen varios factores que han contribuido a que incidencia de morbilidad y mortalidad por esta entidad patológica haya disminuido, siendo los más importantes El uso de antibióticos en el tratamiento de los procesos infecciosos, así también la práctica de Apendicectomía filáctica llevada a cabo en actos quirúrgicos efectuados por otras razones.

Por tratarse de un proceso de tipo agudo, es importante que el diagnóstico sea hecho en el menor tiempo posible convirtiéndose en un rompecabezas para el cirujano, cuando se trata de pacientes de sexo femenino, en quienes es más difícil precisarlo.

El presente trabajo es una revisión de los casos tratados en el Hospital Nacional Santa Elena, en el departamento del Quiché; teniendo como finalidad conocer los métodos diagnósticos empleados, así también el tratamiento dado a los pacientes que ingresaron con Implesión Clínica Apendicitis Aguda, en el período comprendido del 10. de

Febrero de 1,979 al 10 de Marzo de 1,980.

HISTORIA

APENDICITIS:

Apendicitis aguda es la emergencia más común del abdomen, es un proceso inflamatorio del Apéndice Vermiforme, que se manifiesta comunmente en dolor generalizado en el vientre al inicio, luego localizado en la región apendicular, más ó menos intenso, suele acompañarse de náuseas, vómitos, fiebre, diarrea ó estreñimiento. Su tratamiento es quirúrgico, Apendicectomía; este término no fue empleado por primera vez por MESTIVIER (1,759), quien hace una descripción e identifica en vida un absceso apendicular, describiendo la primera operación para su tratamiento.

En 1,827 MELLIER describe clínicamente el cuadro de apendicitis. En 1,886 REGINAL FITZ reporta una mejor descripción de esta enfermedad y en ese mismo año, HALL quitó por primera vez en E.E.U.U. un apéndice gangrenado que encontró accidentalmente en el interior del saco de una hernia estrangulada.

DEFINICION

Apendicitis Aguda es una enfermedad, causa frecuente de abdomen agudo, que puede ocurrir a cualquier edad, relativamente rara en la vejez y en la lactancia, en esta última se diagnostica generalmente post-mortem. Aunque se han descrito en diversos descendios diferencias en la frecuencia según el sexo la enfermedad esta tan extendida que las diferencias estadísticas tienen en la actualidad poca importancia clínica.

PATOGENIA

Se conoce poco la patogenia de la inflamación --apendicular. Se ha comprobado que a menudo por cultivo de las lesiones inflamatorias agudas se obtienen --algunos microorganismos locales como E. Coli, Enterococos y Estreptococos Hemolíticos Beta, pero no se ha dilucidado si llegan a la pared del apéndice por invasión directa de la mucosa ó por vía linfática ó sanguínea. Aunque se tienen pocas pruebas directas, se ha supuesto que obstrucción apendicular sea factor --subyacente importante, tal el caso de los Fecalitos --ó Cuerpos Extraños. El aumento de la presión intra--apendicular puede originar colapso de los vasos parietales y predisponer a la infección bacteriana. Es posible que la obliteración vascular en zonas irregulares expliquen el carácter focal que adopta la inflamación en algunos casos.

SINTOMAS

El ataque de apendicitis aguda habitualmente se inicia con dolor epigástrico ó periumbilical asociado con uno ó dos episodios de vómitos. Al cabo de 2 a 12 horas el dolor cambia de localización al cuadrante inferior derecho, en donde persiste como adolorimiento constante que aumenta al caminar ó al toser. Hay anorexia, malestar general moderado y fiebre discreta. Es frecuente la presencia de --constipación pero en ocasiones hay episodios de diarrea.

Al principio no existen manifestaciones abdominales localizadas sin embargo en pocas horas el paciente es capaz de señalar con su dedo en el cuadrante inferior derecho especialmente si se le pide que aumente el dolor tosiendo.

MANIFESTACIONES CLINICAS

MAC BURNEY:

Dolor a la palpación en el punto medio de una línea trazada del borde antero superior de la espina iliaca derecha, hacia el ombligo.

ROVSIING:

Dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen al hacer presión en el cuadrante inferior izquierdo del mismo. Las teorías hasta la fecha, nos indican que es un dolor reflejo por desplazamiento de los gases del colon hacia la región cecal ó apendicular inflamada.

BLUMBERG O REBOTE:

Descompresión brusca del abdomen mucho más dolorosa que la comprensión, principalmente cuando hay peritonitis.

PSOAS:

Dolor a la hiperextensión de la pierna derecha estando el paciente en decúbito lateral izquierdo; principalmente cuando apéndice se encuentra en situación posterior.

OBTURADOR:

Giro hacia adentro del muslo derecho, en flexión, siendo doloroso cuando el apéndice esta en situación pelviana.

DEFENSA MUSCULAR:

Al ejercer presión sobre la región apendicular inflamada dará contracción de los dos músculos rectos al mismo tiempo.

HIPERESTESIA CUTANEA:

Aumento de la sensibilidad de la pared abdominal, principalmente en el area apendicular.

TACTO RECTAL:

Masa palpable ó región dolorosa del lado derecho.

DATOS DE LABORATORIO

Habitualmente existen una leucocitocis moderada que va de 10,000 a 20,000 glóbulos blancos por milímetro cúbico, con una ligera neutrofilia.

También presentan una elevación en la velocidad de sedimentación principalmente cuando se trata de proceso infeccioso, no así en casos de obstrucción apendicular.

No es raro encontrar unos cuantos eritrocitos en el examen microscópico de la orina, pero por otro lado, este no da mayores datos.

DATOS RADIOLOGICOS

No existen signos característicos en la placa simple de abdomen. Sin embargo, la visualización de una sombra radio-opaca en el cuadrante inferior derecho compatible con un fecalito en el apéndice, puede aumentar las sospechas de apendicitis; así también la presencia de gas en la fosa ilíaca derecha.

La imagen de vidrio despulido y borramiento de los psoas son característicos de peritonitis y pueden sugerirnos apendicitis perforada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La gastroenteritis aguda es la alteración que con mayor frecuencia se confunde con apendicitis.

En casos raros puede preceder u ocurrir al mismo tiempo que la apendicitis. El vómito y la diarrea son más frecuentes. La fiebre y la leucocitosis pueden aumentar bruscamente y estar desproporcionados con los signos abdominales. La localización del dolor espontaneo a la palpación, habitualmente esta poco definida y es cambiante. Es característica la presencia de peristaltismo aumentado. La gastroenteritis con frecuencia sigue un curso agudo. La observación durante un cierto periodo habitualmente permite aclarar el diagnóstico.

La adenitis mesentérica puede producir signos y síntomas idénticos ó los de apendicitis. Sin embargo, es usual encontrar algunos datos claves para el diagnóstico exacto. La adenitis mesentérica es más factible de ocurrir en niños y adolescentes; con frecuencia existe el antecedente de infección respiratoria; la localización de dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho es menos precisa y constante, y es poco frecuente encontrar defensa muscular verdadera. A pesar de que se tenga una fuerte sospecha de adenitis mesentérica, con frecuencia es más seguro indicar la apendicectomía que correr el riesgo de una complicación de apendicitis por demora.

La diverticulitis de Meckel puede simular apendici

tis. La localización de dolor abdominal puede estar situada más hacia la línea media; sin embargo, esto no es un criterio diagnóstico de confiar.

En vista de que ambos casos se requiere intervención quirúrgica, el diagnóstico diferencial no es crítico. Cuando la exploración quirúrgica demuestra que el diagnóstico preoperatorio de apendicitis es erróneo, es fundamental examinar el íleo terminal en un trayecto de metro y medio en busca de diverticulitis de Meckel y adenitis mesentérica.

En ocasiones puede confundirse también a la apendicitis con enteritis regional, úlcera duodenal perforada, cólico ureteral, salpingitis aguda, dolor a la mitad del ciclo menstrual, embarazo ectópico roto y torsión de quistes del ovario.

TRATAMIENTO

Si se considera la apendicitis como diagnóstico posible, los cataárticos están absolutamente contraindicados.

Cuando se ha hecho el diagnóstico de apendicitis aguda, se prepara al paciente para cirugía empezando a administrar líquidos y electrolitos por vía parenteral, y se practica la extirpación quirúrgica del apéndice tan pronto como sea posible, a cualquiera hora del día o de la noche.

La apendicitis no complicada tiene una rápida recuperación, con la ambulación temprana, el paciente puede comer a las 48 horas y ser dado de alta algunos días después. Las complicaciones de la apendicitis, como absceso local, peritonitis con íleo y obstrucción intestinal, requieren intervención quirúrgica como el drenaje o la lisis de adherencias, hospitalización prolongada, tratamiento enérgico con sondeo gastrointestinal -- antibióticos y control cuidadoso de líquidos, glucosa y equilibrio electrolítico por vía parenteral.

O B J E T I V O S

- 1.- Conocer por medio de una revisión de las fichas médicas del Hospital Nacional Santa Elena, la incidencia de letalidad por apendicitis aguda, en el post-operatorio.
- 2.- Conocer los métodos diagnósticos utilizados, así como el tratamiento proporcionado a los pacientes.
- 3.- Conocer el grupo etareo más afectado en esa región, así como el sexo y la raza que presentan con más frecuencia este tipo de problema.
- 4.- Conocer el tiempo de evolución, síntomas y signos que presentaron los pacintes, para encontrar la frecuencia de los mismos.
- 5.- Conocer el tipo de anestesia que se utilizó con más frecuencia en estos procedimientos quirúrgicos.
- 6.- Conocer los tipos de incisión empleados y los hallazgos operatorios.
- 7.- Conocer el diagnóstico de anatomía patológica si los hay, y la relación con la impresión clínica de ingreso.

- 8.- Conocer además el promedio de días cama de estos pacientes, dentro del Hospital.

MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración de este trabajo, se hizo una revisión de las fichas médicas de aquellos pacientes que ingresaron al Hospital Nacional Santa Elena en el Quiché, con Impresión Clínica de Apendicitis Aguda y se les efectuó Apendicectomía, así como aquellos que en acto quirúrgico llevado a cabo por otras razones y durante los cuales se consideró conveniente efectuar apendicectomía accidental ó profiláctica.

Se obtuvieron un total de 44 casos de los cuales 35 fueron operados efectuándose apendicectomía de urgencia; 8 de ellos fueron apendicectomía accidental y uno cedió con tratamiento médico.

Revisión de fichas durante el periodo del 10. de febrero de 1,979, al 10 de marzo de 1,980 incluyó: -- edad, sexo, grupo étnico, síntomas, tiempo de evolución, signos, exámenes de laboratorio (recuento de -- glóbulos blancos y velocidad de sedimentación), rayos X, tratamiento proporcionado, intervención quirúrgica, tipo de incisión, anestesia hallazgos operatorios, -- complicaciones, supervivencia en el post-operatorio y la permanencia hospitalaria.

Se efectuó además revisión de bibliografía reciente, para tener un mejor concepto de lo que es el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda.

ANTECEDENTES

En el Hospital Nacional Santa Elena, en el Quiché, no se ha realizado ningún trabajo sobre este tema, sin embargo son varias las Tesis de graduación que han sido elaboradas en los años anteriores en diferentes centros asistenciales; las cuales fueron tomadas en cuenta para consulta y para comparaciones sobre los resultados obtenidos.

Es importante hacer notar el énfasis que nos da en su tesis el Dr. Fernando Padilla Borjes, sobre los estudios radiológicos en pacientes con apendicitis aguda, -- para un diagnóstico más preciso; así también los resultados obtenidos por anatomía patológica, para corroborar el diagnóstico de ingreso de los pacientes; elementos -- de juicio que fueron tomados en cuenta en la elaboración del presente trabajo.

HIPOTESIS

- 1.- En el Hospital Nacional Santa Elena, los métodos diagnósticos utilizados para comprobar -- apendicitis aguda son deficientes.
- 2.- El tratamiento proporcionado a los pacientes -- que ingresan con impresión clínica de apendicitis aguda no es adecuado.
- 3.- Apendicitis aguda tiene el más alto índice de mortalidad post-operatorio por el inadecuado -- tratamiento proporcionado.

CUADRO No. 1

GRUPOS ETAREOS

AÑOS	#	%
0 - 10	2	4.55
11 - 20	12	27.27
21 - 30	10	22.73
31 - 40	4	9.09
41 - MAS	16	36.36
T O T A L	44	100.---

Como podemos ver en el cuadro anterior, la mayor incidencia de apendicitis aguda se encontró en pacientes -- comprendidos de los 41 años de edad, en adelante con un -- porcentaje de 36.36%, seguido de los comprendidos entre -- los 11 y 20 años con un porcentaje de 27.27%.

CUADRO No. 2

SEXO

	#	%
MASCULINO	20	45.45
FEMENINO	24	54.55
T O T A L	44	100.00

En el cuadro No. 2, vemos que el 54.55% comprendió a pacientes del sexo femenino, quienes presentaron un total de 24 casos. Este resultado es importante ya que la mayoría de autores de obras y trabajos de investigación consultados, refieren que la incidencia es mayor en pacientes de sexo masculino; considerando que la variante puede inclinar la balanza para uno y otro lado, pero lo más importante es saber que los dos sexos pueden ser afectados.

CUADRO No. 3

GRUPO ETNICO

	#	%
INDIGENA	16	36.36
LADINO	28	63.64
T O T A L	44	100.---

Es importante notar que la mayor incidencia de apendicitis aguda sea en pacientes del grupo ladino (63.64%), esto nos hace pensar que hay factores que influyen grandemente y los cuales podrian ser motivo de un estudio más a fondo en otro trabajo de investigación; pero me atrevería a asegurar que el más importante en la obtención de estos resultados es la dieta alimenticia que los pacientes de cada uno de estos grupos tienen.

CUADRO No. 4

SÍNTOMAS

Referencia	#
Anorexia	4
Fiebre	13
Vómitos	10
Dolor epigástrico y en fosa iliaca derecha.	11
Dolor fosa iliaca derecha	24
Apendicectomía accidental	8

Cuadro No. 4:

Vemos que de los 44 pacientes estudiados, 24 presentaron dolor localizado en fosa iliaca derecha (56.82%); 11 refirieron dolor en epigastrio irradiado a fosa iliaca derecha (25%), y 8 presentaron ningún dolor ya que fueron apendicectomías accidentales ó profilácticas.

Deducimos de los resultados obtenidos que el cuadro inicial continua siendo como los autores consultados lo refieren y que el proceso sigue un curso que va desde anorexia, fiebre y vómitos a un dolor que generalmente llega a localizarse en fosa iliaca derecha.

NOTA:

La mayoría de pacientes presentaron más de un síntoma, sin embargo se encuentran agrupados en forma individual.

CUADRO No. 5

TIEMPO DE EVOLUCION

Referencia	#	%
0 - 6 horas	2	4.55
7 - 12 horas	9	20.45
13 - 18 horas	5	11.37
19 - 24 horas	4	9.09
25 - MAS horas	16	36.36
Apendicectomía Accidental	8	18.18
T O T A L	44	100.---

Cuadro No. 5:

Aún cuando el proceso se considera agudo; su duración como lo demuestran los resultados obtenidos es de más de 24 horas de evolución, pues de los 44 casos objeto de investigación, el 36.36%, correspondió a pacientes que refirieron tener más de 24 horas de iniciado el cuadro.

CUADRO No. 6
SIGNOS POSITIVOS

Signos	#
Defensa Muscular	23
Hiperestesia cutanea	8
Obturador	6
Psoas	10
Rebote ó Blumberg	21
Tacto rectal	8

Cuadro No. 6:

Los signos positivos que con más frecuencia se encontraron, fueron: defensa muscular - 52.27% de los pacientes y rebote ó blumberg con 47.72%. Siguiendo en orden de frecuencia: Psoas, Hiperestesia cutanea, tacto rectal y obturador.

Como podemos ver tanto el primero como el segundo son sugestivos de apendicitis aguda, pero no definitivos, pues cualquier proceso patológico que cause abdomen agudo puede presentarlos.

CUADRO No. 7
RECUESTO DE GLOBULOS BLANCOS

C.B. X cc.	#	%
1000 - 5000	1	2.78
5001 - 10000	8	22.22
10001 - 15000	14	38.89
15001 - 20000	9	25.00
20001 - 25000	3	8.33
25001 - MAS	1	2.78
T O T A L	36	100.--

Cuadro No. 7:

Aquí se tabularon los recuentos de glóbulos blancos de los pacientes que presentaron apendicitis aguda únicamente, no así los de pacientes que se les practicó apendicectomía accidental, los cuales nos falsearían los resultados finales. En el podemos notar que 27 de los pacientes ó sea 75%, presentaron leucocitosis de 10,001 - en adelante, glóbulos blancos; encontrándose la mayor incidencia en los pacientes que su recuento se encontró entre 10,001 a 15,000 con un 38.89%.

Un paciente presentó leucopenia menos de 5,000 glóbulos blancos x mm³ y 8 con recuento entre límites normales (5,000 - 10,000).

CUADRO No. 8
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION

V. Sed. mm/hora	#	%
0 - 5	3	8.33
6 - 10	8	22.22
11 - 15	6	16.67
16 - 20	7	19.44
21 - 25	1	2.78
26 - MAS	11	30.56
T O T A L	36	100.---

Cuadro No. 8:

Los resultados obtenidos nos indican que el 50% de los pacientes presentaron una velocidad de sedimentación arriba de 26 milímetros/hora y el 50% con la misma entre límites normales; de donde consideramos que la velocidad de sedimentación - puede tomarse en cuenta para el diagnóstico de apendicitis aguda, siempre asociado con otras pruebas - de laboratorio.

CUADRO No. 9
HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Referencia	#
Vidrio Despulido	1
Parálisis Intestinal	1
Gas en Fosa Ilíaca Derecha	1
Borramiento psoas	0
Fecalitos	0
No tuvieron RX.	43

Cuadro No. 9:

Lamentablemente solo a un paciente se le efectuó estudio radiológico por lo que muy poco beneficio se puede obtener, ya que este único caso le fue proporcionado tratamiento médico, pues aún cuando el cuadro clínico y los laboratorios correspondían a apendicitis aguda, con observación y soluciones intravenosas mejoró en 24 horas egresando al tercer día de ser diagnosticada.

CUADRO No. 10

T R A T A M I E N T O

Referencia	#
Apendicectomía de Urgencia	35
Apendicectomía Accidental	8
Tratamiento Médico	1
T O T A L	44

Cuadro No. 10:

Este cuadro representa gráficamente que de 36 pacientes a quienes se les diagnóstico apendicitis aguda, 35 (97.22%), se les practicó apendicectomía de urgencia y un caso fue resuelto con tratamiento médico, quedando hasta la fecha duda si en realidad fue apendicitis aguda.

Además vemos en este cuadro, que 8 casos fueron apendicectomías accidentales que se practicaron en - pacientes que fueron intervenidos por otros procesos y a quienes se les hicieron otros procedimientos quirúrgicos.

CUADRO No. 11

OPERACION EFECTUADA

Referencia	#	%
Solo apendicectomía	35	81.39
Apendicectomía más Pomeroy	5	11.62
Apendicectomía más Histerectomía	1	2.33
Apendicectomía más Resec. de quiste ovario	1	2.33
Apendicectomía más sutura renal y colostomía	1	2.33
T O T A L	43	100.---

Cuadro No. 11:

Nos demuestra que el 81.39%, de los pacientes se les practicó apendicectomía solamente y le siguió en frecuencia apendicectomía accidental más Pomeroy con 11.62%.

CUADRO No. 12

INCISION EMPLEADA

Referencia	#	%
Rocky	6	13.95
Mac Burney	3	6.98
Mediana	14	32.56
Para-Mediana	20	46.51
T O T A L	43	100.---

Cuadro No. 12:

La incisión más empleada fue la para-mediana en 41.86%, de los pacientes así como la mediana con 32.56%, por los resultados obtenidos podemos decir que el hecho de que sea más frecuentes en mujeres en quienes el diagnóstico es más difícil precisar lleva al cirujano a decidirse por una de estas dos.

Además de los pacientes estudiados, 16 solicitaron ayuda médica después de 24 horas de que el proceso se había iniciado, permitiendo que la enfermedad se agudizara más y la operación fuera de más urgencia todavía.

CUADRO No. 13

TIPO DE ANESTESIA

Referencia	#	%
Raquidea	20	46.51
General	21	48.84
Epidural	2	4.65
T O T A L	43	100.---

Cuadro No. 13:

En el 48.84% de los pacientes fue utilizada anestesia general, considero que es debido a que la mayor incidencia de apendicitis aguda se dio en pacientes de más de 40 años, en los cuales esta contraindicado el uso de anestesia epidural ó raquidea, así como en los menores de 18 años en donde también la incidencia fue bastante alta.

CUADRO No. 14
HALLAZGOS OPERATORIOS

Referencia	#	%
Apéndice Normal	8	18.60
Apéndice Inflamada	19	44.19
Apéndice Perforada	10	23.26
Apéndice Gangrenada	6	13.95
T O T A L	43	100.---

Cuadro No. 14:

Los hallazgos operatorios encontrados en 43 operaciones efectuadas, son los descritos en este cuadro con 44.19% de apéndices inflamados, de los cuales cuatro presentaban fecálitos, seguido en frecuencia de 23.26% de apéndices perforadas y 13.95% gangrenados. Los apéndices normales fueron extraídos en apendicectomía accidental.

CUADRO No. 15
COMPLICACIONES PRE Y POST-OPERATORIAS

Referencia	#
Peritonitis Pre-operatoria	10
Cefalea Post-anestésica	5
Shock Séptico	1
Infección herida Operatoria	13
Ninguna Complicación	25

Cuadro No. 15:

Es notorio el alto índice de infección de herida operatoria con 13 casos (30.23%), de los pacientes entre los cuales la mayoría de pacientes tuvieron peritonitis pre-operatoria. Un solo paciente presentó Shock séptico falleciendo en el 3er. día post-operatorio.

CUADRO No. 16

ANATOMIA PATOLOGICA

Referencia	#	%
Apéndice Normal	8	18.60
Apéndice con Inflamación	19	44.19
Apéndice gangrenada	5	11.63
No tuvo anatomía patológica.	11	25.58
T O T A L	43	100.---

Cuadro No. 16:

De los 43 pacientes que fueron estudiados, en 32 se encontró informe de anatomía patológica, obteniéndose una confirmación del diagnóstico de ingreso en 55.82% de los casos; el 25.58%, de los mismos, no tuvieron este tipo de estudio, y el 18.60% fueron histológicamente normales, (apendicectomía accidental).

CUADRO No. 17

POST-OPERATORIO DE APENDICECTOMIA

Referencia	#	%
VIVOS	42	97.67
MUERTOS	1	2.33
T O T A L	43	100.---

Cuadro No. 17:

Son sobresalientes los resultados obtenidos en pacientes a quienes se les efectuó apendicectomía pues se obtuvo 97.67% de pacientes que tuvieron evolución satisfactoria y egresaron vivos.

CUADRO No. 18

PERMANENCIA HOSPITALARIA

DIAS	#	%
0 - 5	7	15.91
6 - 10	24	54.54
11 - 15	4	9.09
16 - 20	3	6.82
21 - Y MAS	6	13.64
T O T A L	44	100.00

Cuadro No. 18:

Vemos que el 54.54%, de los pacientes permanecieron de 6 - 10 días siendo este un buen promedio de días cama, para ser pacientes post operados, si tomamos en cuenta que muchos de ellos el 43.18%, tuvieron complicaciones post-operatorias que pudieron influir en que su permanencia fuera mayor en el hospital.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, podemos concluir que:

- 1.- En el Hospital Nacional Santa Elena, en el Quiché, los métodos diagnósticos utilizados para comprobar apéndice aguda, son eficientes, puesto que de 36 pacientes que fueron diagnosticados por procedimientos clínicos y de laboratorio, el 97.22%, al momento de la operación se les comprobó que presentaban inflamación, perforación ó gangrena del apéndice vermiforme, cuadro No. 14, y un único caso cedió con tratamiento médico.
- 2.- El tratamiento proporcionado a los pacientes que ingresaron con impresión clínica de apendicitis aguda, es el apropiado, ya que de los 36 casos estudiados, el 69.39%, no presentaron ninguna complicación y egresaron en los primeros 10 días post-operatorios. Cuadros No. 15 y No. 18.
- 3.- El índice de mortalidad en el post-operatorio de apendicectomía es relativamente bajo pues el 2.33%, únicamente egresó fallecido, cuadro No. 17.
- 4.- De los 44 casos, objeto de estudio, el 81.82% fueron diagnosticados como apendicitis aguda, y el 18.18%, se les efectuó apendicectomía accidental, al momento de ser intervenidos quirúrgicamente por otras razones.

RECOMENDACIONES

- 1.- Que en el Hospital Nacional Santa Elena, sean practicados estudios radiológicos en aquellos pacientes en quienes se sospecha apendicitis aguda, con el objeto de detectar signos característicos de este proceso, ó de detectar peritonitis antes que esta sea generalizada.
- 2.- Que todo apéndice que sea extirpado, ya sea por apendicitis aguda ó apendicectomía accidental, le sea practicado anatomía patológica, para que sea comprobado el diagnóstico y descartar la posibilidad de procesos malignos en el mismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cornejo, Virgilio. Apendicitis Aguda y su tratamiento. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1,905.
- 2.- Rivera Iriarte, Luis. Dificultades en el Diagnóstico de Apendicitis Crónica. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1.923.
- 3.- De León G., Bonifacio. Algunos de los síntomas y signos que deben tenerse presente para el diagnóstico de Apendicitis Aguda. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1,929.
- 4.- Tejeda F., Carlos E. Consideraciones sobre la Apendicectomía por el método de Mac Burney. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1,943.
- 5.- Cerezo F., Francisco A. Algunas consideraciones sobre la incisión Transversal en la Apendicectomía de Urgencia. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1.950
- 6.- Tejeda V., Carlos. Anatomía Patológica de la Apendicitis Aguda y su relación Clínico-Patológica. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1,951.

- 7.- Paz C., Julio. Revisión de una serie de casos de Apendicitis Aguda, en el Hospital General.- Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos - Facultad de Ciencias Médicas. 1,956.
- 8.- Fernández y Fernández, Víctor. Infección de herida Operatoria de Apendicectomía por Apendicitis Aguda. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1,968.
- 9.- Rodas López, José Benjamín. Apendicitis Aguda en el Niño. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1,968.
- 10.- Slowing Hernández, Ingrid Elizabeth. Apendicectomía en el Hospital Militar. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1,970.
- 11.- Padilla Borjes, Fernando. Correlación Anatómica Patológica Radiológica en Apendicitis Aguda. Tesis. Guatemala, Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1971.
- 12.- Letter: Metronidazole in Appendicitis. Br. Med J 1 (6008): 520-1, 28 Feb. 76.

- 13.- A Bikini incisión For Appendectomy Delany HM, et al Am J. Surg 132 (1): 126-7, JUL 76.
- 14.- Editorial: Children With appendicitis Br. Med J. 2 (6033): 440-1, 21 Aug 76.
- 15.- Radiologic diagnosis of Appendicitis. Fee HJ. Jr. et al Arch Surg. 112 (6): 742-4, Jun 77.
- 16.- Management of Appendicitis (Letter) Mee WM. Br. Med J 1 (6053): 108, 8 Jan 77.
- 17.- Torsion of Vermiform appendix (Letter) Won OH, et al JAMA 237 (13): 1312-3, 28 mar 77.
- 18.- Jelenko C. Davis L.: A transverse lower Abdominal Appendectomy incisión with minimal muscle rearrangement. Surg. Gynecol Obstet 136; 451, 1,973.
- 19.- Jona, J Z, and Belin, R P, Archives of surgery, - 1,976, 111, 552.
- 20.- Winsey, H S, and Jones, P f, British Medical Journal, 1,967, 1, 653.

21.- Gilmore, O J A, and Sanderson, P J, British Journal of Surgery 1,975, 62, 792.

22.- Harrison, Principios de Medicina Interna, - Cap. 319 P. 1675, 4a. Edición en Español, 1,975.

23.- Garb. Solomon, MD. Laboratory Tests. in common use. P. 110 Fifth Edition. 1,971.

Br. *Sanchez*
RENE CRISOLOGO SANCHEZ MOGOLLON.

Asesor.
AN. RUDY AGUILAR.

Dr. *Lisette G. de Crocker*
Revisor.
Dra. LISSETTE G. de CROCKER

de Fase III
R ALFREDO NUILA E.

Dr. *Paul A. Castillo R.*
Secretario
Dr. PAUL A. CASTILLO R.

Dr. *Rolando Castillo Montalvo*
Decano.
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.