

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSTGRADO**



TRABAJO DE POSGRADO

**“AGENTE PATOGENO MAS FRECUENTE EN APENDICITIS AGUDA
COMPLICADA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL
PERIODO COMPRENDIDO 1 DE ENERO-31 DE JULIO DE 2012”**

**PRESENTADO POR:
MARIO RAFAEL GALVEZ CARDONA**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
ESPECIALIDAD MEDICA DE CIRUGIA GENERAL**

**DOCENTE DIRECTOR:
DR. FREDY RAFAEL MEDINA**

SANTA ANA

**DICIEMBRE 2012
EL SALVADOR**

CENTROAMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**



**RECTOR
INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO**

**VICE-RECTORA ACADÉMICA
MASTER ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO**

**SECRETARIA GENERAL
DOCTORA ANA LETICIA DE AMAYA**

**FISCAL GENERAL
LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



**DECANO
LICENCIADO RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ**

**VICE-DECANO
INGENIERO WILLIAM VIRGILIO ZAMORA GIRÓN**

**SECRETARIO
LICENCIADO VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA**

**JEFE DE LA UNIDAD DE POSTGRADO
MEd. MAURICIO ERNESTO GARCÍA EGUIZÁBAL**

**COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADO
DR. FREDY RAFAEL MEDINA**

ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Planteamiento del problema y Justificación.....	5
3. Antecedentes.....	6
4. Objetivos.....	8
5. Marco Teórico.....	9
6. Diseño metodológico	18
i. Tipo de Estudio	18
ii. Período de Estudio	18
iii. Población	18
iv. Variables	18
v. Criterios de inclusión	19
vi. Criterios de exclusión	19
7. Método muestreo.....	19
8. Análisis de datos	20
9. Tabla de datos y gráficos.....	21-26
10. Conclusiones	27
11. Recomendaciones	28
12. Bibliografía.....	29

INTRODUCCIÓN

Es importante destacar que la decisión de realizar este estudio implica un compromiso de seriedad en el trabajo y deseos de mejorar, la búsqueda del conocimiento es un proceso permanente y las herramientas que se brindan aquí tienen como objetivo orientar el proceso para que los estudios y las intervenciones quirúrgicas se lleven a cabo con un diagnóstico preoperatorio correcto.

En razón de su frecuencia, la apendicitis aguda merece una consideración por separado. Dos terceras partes de las laparotomías practicadas por abdomen agudo son motivadas por apendicitis aguda complicada, lo que explica su extraordinaria importancia clínica.

Su incidencia es máxima entre los 10 y los 35 años, aunque puede observarse a cualquier edad. El 7-12% de la población general padece apendicitis aguda en algún momento de su vida. En el adulto, el apéndice vermiforme mide 9-10 cm; se implanta en el borde inferior del ciego a unos 3 cm de la válvula ileocecal y en más de la mitad de la población tiene un extremo móvil capaz de cambiar de posición según los estados de contracción o dilatación del ciego.

En otros casos se halla fijo en situación retrocecal, retroileal, preileal, subcecal o pélvica. Estas diferentes posiciones pueden tener implicaciones clínicas importantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

¿Cuál es la sintomatología presentada en Apendicitis Aguda Complicada, además de su identificación y manejo oportuno en el servicio de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo comprendido de 1 Enero-30 de Julio del 2012?

El diagnóstico es difícil de realizar ya que otras patologías tanto intra-abdominales como extra-abdominales pueden presentar síntomas similares. Es por ello que, ante la sospecha clínica, el médico debe solicitar exámenes complementarios de laboratorio y radiológicos que permitan realizar el diagnóstico diferencial de manera de disminuir las laparotomías negativas y evitar las complicaciones.

Es por esto, que considero necesario la realización de un estudio para identificar su sintomatología clínica y establecer normas en el tratamiento quirúrgico de los mismos en nuestro medio; con el fin de evitar complicaciones, optimizar recursos y reducir costos en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

ANTECEDENTES

"Apendicitis" proviene del latín "apendix" (apéndice) y del sufijo griego "itis" (inflamación). Etimológicamente significa: inflamación del apéndice.

La Historia de la Apendicitis comienza cuando Giacomo da Carpi, profesor de medicina de Bologna, considerado como uno de los más prestigiosos cirujanos de su época, describió en 1521 por primera vez el apéndice cecal como elemento anatómico.

Fue en 1759, cuando Mestiver describió el caso de apendicitis en uno de sus pacientes que ameritó "cuidado", por dolencia en la F.I. derecha.

La primera extirpación quirúrgica del apéndice cecal la realizó en 1736 Claudius Amyand, cirujano londinense, a un niño de 11 años que tenía una hernia inguino-escrotal derecha con una fístula. Con abordaje escrotal comprobó un plastrón de epiplón que cubría un apéndice perforado, el que extirpó junto con el omento comprometido: el niño sobrevivió.

James Parkinson, en 1812, reconoció la perforación del apéndice inflamada, como causa de muerte en un paciente.

Lawson Tait, en 1880, diagnosticará clínicamente una apendicitis aguda a una joven de 17 años y le extirpará exitosamente el apéndice.

Posteriormente Thomas Morton realiza la primera apendicectomía con la intención de curar la enfermedad y el primer informe escrito de una apendicectomía se debe a Kronlein en 1886.

Charles Mc Burney e Roxbury Massachussets, quien sostenía que el dolor en la fosa ilíaca derecha era indicativo de cirugía, realizó su primera apendicectomía por apendicitis no perforada en marzo de 1888, publicando, al año

siguiente su experiencia en esta patología, y describiendo la incisión que lleva su nombre (incisión de Mc Burney).

Éste procedimiento alcanzó mayor popularidad con las enseñanzas de John Benjamin Murphy, reconocido cirujano de su época, promulgó la resección radical del apéndice como tratamiento único de la apendicitis aguda.

Un hecho fortuito ocurrió en Inglaterra en 1902 que contribuyó a aclarar las dudas existentes, cuando el Rey Eduardo VII presentó un cuadro de apendicitis aguda. Sir Federick Treves, connotado cirujano de Londres, junto al Dr. Joseph Lister, realizaron una exitosa operación de drenaje, de un gran absceso, de la fosa ilíaca derecha por apendicitis aguda gangrenosa, a los diez días de iniciada la real sintomatología de "peritiflitis aguda"

A partir de ese momento se presentó un descenso progresivo en la mortalidad del 26,4% en 1902, al 4,3% en 1912, 1,1% en 1948, hasta 0,6% en 1963 que persiste hasta nuestros días.

Hoy en día existe un numero bastante significativo de casos de Apendicitis Aguda Complicada, los cuales han sido evaluados y manejados de forma eficaz en nuestro hospital (Hospital San Juan De Dios De Santa Ana) , dado el acierto en el diagnóstico temprano con el cual se ha disminuido el riesgo de complicaciones post-quirúrgicas.

OBJETIVOS

General.

Analizar el comportamiento clínico y la eficacia del manejo oportuno en pacientes con Apendicitis Aguda Complicada atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana de 1 de Enero-30 de Julio del 2012.

Específicos.

- 1- Describir sintomatología clínica de la población de estudio.
- 2- Identificar la tasa de sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico de apendicitis aguda catalogadas como complicadas y no complicadas.
- 3- Establecer normas de tratamiento quirúrgico de la enfermedad en estos pacientes.
- 4- Enunciar métodos de diagnóstico por exámenes de gabinete.
- 5- Conocer sintomatología y tratamiento de complicaciones.

MARCO TEÓRICO

Apendicitis Aguda

Anatomía del apéndice cecal.

El apéndice cecal mide de 1 - 30 cm de longitud. *PROMEDIO 6-9 cm, Y 4 - 8 mm* de diámetro en adultos. En la submucosa se encuentra tejido linfoide, desde la 2ª semana después del nacimiento. El tejido linfoide aparece 2 semanas después de nacer aumenta al máximo entre los 12 y 20 años de edad. A los 30 años edad, se reduce a la mitad. En los ancianos (+60) suele presentarse una fibrosis que oblitera la luz.

La arteria apendicular, nace más comúnmente de la A. cecal posterior y a veces de la ileocólica. Las venas drenan en la vena mesentérica superior. Los linfáticos del ciego drenan a la cadena ganglionar ileocólica. Los nervios vienen del plexo solar por el plexo mesentérico superior.

Posiciones de la apéndice cecal: retrocecal, preilieal, postilieal, pélvica, subcecal.

Epidemiología.

La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años, es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso y súbito y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países.

Etiología.

La principal teoría de la fisiopatología de la apendicitis, basado en evidencias experimentales apunta hacia un taponamiento de la luz del apéndice.

Entre los agentes que causan bloqueo del apéndice se encuentran cuerpos extraños, trauma físico, linfadenitis. El bloqueo por acumulación de heces, llamado fecalito, ha causado interés reciente en investigadores. Agente etiológico de la apendicitis las infecciones por gusanos intestinales como (*Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis* o larva de *Tenia*) pueden también ocluir la luz del apéndice, la presencia de semillas es muy raro, lo cual causa una obstrucción con aumento de la presión por la producción de mucosidad propia del órgano. Rara vez ocurre obstrucción del apéndice por razón de un tumor.

El aumento progresivo de la presión intra apendicular va ocluyendo la luz del órgano y por presión externa resulta en trombosis y oclusión primero los capilares linfáticos, luego los venosos y al final, los arteriales, conduciendo a isquemia que evoluciona a gangrena, necrosis y posteriormente a perforación.

La perforación conduce a una peritonitis y esta aumenta el riesgo de mortalidad del paciente. Esta ruta de progresión de la enfermedad se interrumpe con el tratamiento quirúrgico y muy rara vez se recupera espontáneamente.

Las bacterias intestinales se escapan a través de las paredes del apéndice, se forma pus dentro y alrededor del apéndice y el resultado de una ruptura de este tipo es una peritonitis, que puede conllevar a una sepsis infecciosa y disfunción orgánica múltiple y, eventualmente la muerte.

Varios estudios ofrecen evidencias que una dieta baja en fibra tiene importancia en la patogénesis de la apendicitis. Ello puede ir asociado a un aumento en el reservorio fecal del colon derecho, pues la carencia de fibra en la dieta aumenta el tiempo de tránsito fecal.

Patogenia.

La inflamación del apéndice produce, con el tiempo, una obstrucción de la luz del órgano. Esa obstrucción con lleva a una acumulación de las secreciones de

la mucosa con aumento consecuente de la presión intra-luminal. De proceder el cuadro inflamatorio y obstructivo, se comprimen las arterias y venas causando isquemia e invasión bacteriana a la pared del apéndice con necrosis, gangrena y ruptura si no se trata de inmediato.

Diagnóstico.

El punto de Mc-Burney, es uno de los signos más frecuentes en el diagnóstico de la apendicitis.

El diagnóstico de la apendicitis se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementado con análisis de sangre, orina y otras pruebas como las radiografías simples de abdomen, de pie y en de cúbito, ecografía abdominal y TAC abdominal simple entre otros.

La exploración física se basa en la palpación abdominal. La presentación de la apendicitis suele comenzar como un dolor repentino localizado en la mitad inferior, epigastrio o en la región umbilical, caracterizado por ser un dolor de moderada intensidad y constante que ocasionalmente se le superponen calambres intermitentes.

Luego desciende hasta localizarse en la fosa ilíaca derecha, en un punto ubicado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina ilíaca antero-superior, llamado Punto de McBurney.

Signos diagnósticos

En el 75% de los casos existe la triada de Cope, que consiste en la secuencia dolor abdominal, vómitos alimentarios y febrícula.

Los signos clásicos se localizan en la fosa ilíaca derecha, en donde la pared abdominal se vuelve sensible a la presión leve de una palpación superficial.

Además, con la descompresión brusca dolorosa del abdomen, un signo llamado Signo del Rebote, se indica una reacción por irritación peritoneo parietal.

En los casos de que el apéndice esté ubicado detrás del ciego, la presión profunda del cuadrante inferior derecho puede no mostrar dolor, llamado apéndice silente. Ello se debe a que el ciego, por estar distendido con gases, previene que la presión del examinador llegue por completo al apéndice. Igualmente, si el apéndice se ubica dentro de la pelvis, por lo general hay la ausencia de rigidez abdominal. En tales casos, el tacto rectal produce el dolor por compresión retro vesical. El toser puede aumentar o producir dolor en el punto de McBurney (signo de Dunphy), el cual es la forma menos dolorosa de localizar un apéndice inflamado.

El dolor abdominal puede empeorar al caminar y es posible que la persona prefiera quedarse quieta debido a que los movimientos súbitos le causan dolor. Si la localización del apéndice es retro cecal, la localización del dolor puede ser atípica, ubicándose en hipocondrio derecho y flanco derecho; por eso la importancia de usar otros métodos diagnósticos aparte de la clínica del paciente, como la ecografía. Signo de Rovsing, La palpación profunda de la fosa ilíaca izquierda puede producir dolor en el lado opuesto, la fosa ilíaca derecha, lo cual describiría un signo de Rovsing positivo, uno de los signos usados en el diagnóstico de la apendicitis. La presión sobre el colon descendente que se refleja en el cuadrante inferior derecho es también una indicación de irritación del peritoneo. La presión en la fosa ilíaca izquierda genera desplazamiento del gas en el marco cólico en forma retrograda, y al llegar dicho gas al ciego se produce dolor en la fosa ilíaca derecha. También se produce el mismo fenómeno presionando sobre el epigastrio, conocido como signo de Aaron o, si es en el hipocondrio derecho, Signo de Cheig.

A menudo, el apéndice inflamado se ubica justo por encima del llamado músculo psoas de modo que el paciente se acuesta con la cadera derecha flexionada para aliviar el dolor causado por el foco irritante sobre el músculo.

El signo del psoas se confirma haciendo que el paciente se acueste en decúbito supino mientras que el examinador lentamente extienda el muslo derecho, haciendo que el psoas se contraiga. La prueba es positiva si el movimiento le causa dolor al paciente. Aunque este signo también llamado signo de Cope se presenta en casos de absceso del psoas.

Signo del obturador similar al signo del psoas, el apéndice inflamado puede estar en contacto con el músculo obturador, localizado en la pelvis, causando irritación del mismo. El signo del obturador se demuestra haciendo que el paciente flexione y rote la cadera hacia la línea media del cuerpo mientras se mantiene en posición acostada boca-arriba, o posición supina.

La prueba es positiva si la maniobra le causa dolor al paciente, en especial en el hipogastrio.

Escala de Alvarado: La probabilidad del diagnóstico correcto de apendicitis se incrementa cuando se hace hincapié en las manifestaciones clínicas específicas, las cuales se resumen en una escala de puntuación denominada la Escala de Alvarado.

Un valor acumulado de 7 o más puntos es altamente sugestivo de una apendicitis. Cuando el puntaje no pasa de 5-6 puntos, se recomienda realizar una tomografía para reducir la probabilidad de falsos negativos descubiertos durante la apendicectomía.

SCORE DE ALVARADO	PUNTO
SINTOMAS	
Dolor migratorio en	1
Anorexia	1
Nauseas y/o vómitos	1
SIGNOS	
Defensa en FID	2
Fiebre > 37 C	1
Descompresión dolorosa	1
LABORATORIO	
Leucocitosis ≥ 10.500	2
Segmentados $\geq 75 \%$	1
TOTAL	10

Otros signos sugerentes de apendicitis son el Punto de Lanz, y el Punto de Morris . El paciente puede presentar náuseas, vómitos, taquicardia, en especial si se acompaña de fiebre (entre 37,5 y 38 °C) y anorexia. El tacto rectal puede servir para orientar el diagnóstico: si la pared derecha (donde está el apéndice) está inflamada, es probable que el paciente tenga apendicitis.

La apendicitis aguda por clínica la podemos dividir en dos agrupaciones que se sub dividen en cuatro fases según su tiempo de evolución que puede ir de 6-12 horas por fase. Apendicitis complicada localizada, las cuales son edematosas, fibrinosas. Apendicitis complicada localizada donde entra la fase gangrenosa y perforada esta última se divide en localizada y generalizada esta última se traduce en peritonitis.

Exámenes de laboratorio y gabinete.

El hemograma con recuento diferencial muestra una leve leucocitosis (10.000–18.000/mm) con predominio de neutrófilos en pacientes con apendicitis

aguda no complicada. Los conteos de glóbulos blancos mayores de 18.000/mm aumentan la posibilidad de una apendicitis perforada.

El examen de orina es útil para descartar una infección urinaria, pues en la apendicitis aguda, una muestra de orina tomada por sonda vesical no se caracteriza por bacteriuria o bacterias en la orina.

La radiografía de abdomen debe ser tomada en casos de abdomen agudo y, aunque no son relevantes para el diagnóstico de apendicitis, son útiles para descartar otras patologías, como la obstrucción intestinal o un cálculo ureteral. Ocasionalmente, sobre todo en niños, el radiólogo experimentado puede notar un fecalito radio-opaco en la fosa ilíaca derecha, sugestivo de una apendicitis.

Las ecografías y las ecografías-Doppler también ofrecen información útil para detectar la apendicitis, pero en una cantidad nada despreciable de casos (alrededor del 15%), especialmente en aquellos en un estado inicial sin líquido libre intra-abdominal, una ultrasonografía de la región de la fosa ilíaca puede no revelar nada anormal a pesar de haber apendicitis.

A menudo, en una imagen ecográfica puede distinguirse lo que es apendicitis de otras enfermedades con signos y síntomas muy similares como por ejemplo la inflamación de los ganglios linfáticos cercanos al apéndice. En situaciones donde hay una TAC (Tomografía axial computarizada) disponible, es el método preferido. Una TAC correctamente realizada tiene una tasa de detección (sensibilidad) por encima del 95%). Lo que se busca en una TAC es la falta de contraste en el apéndice y signos de engrosamiento de la pared del apéndice, normalmente >6mm en un corte transversal; también pueden haber evidencias de inflamación regional la llamada "grasa desflecada".

Las ecografías son especialmente útiles para valorar las causas ginecológicas del dolor abdominal derecho inferior en mujeres puesto que la TAC no es el método ideal para estas circunstancias.

Diagnóstico diferencial

La precisión diagnóstica de la apendicitis suele ser entre el 75-80% basado en los criterios clínicos. Cuando se erra, las alteraciones más frecuentes encontradas en la operación son, en orden de frecuencia, la linfadenitis mesentérica, ausencia de enfermedad orgánica, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, rotura de folículo ovárico o cuerpo amarillo y gastroenteritis aguda.

En adultos: Enteritis regional, cólico nefrítico, úlcera péptica perforada, torsión testicular, pancreatitis, hematoma de la vaina del músculo recto mayor del abdomen, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, endometriosis, torsión o ruptura de un quiste ovárico.

En ancianos: Diverticulitis, obstrucción intestinal, cáncer de colon, isquemia mesenterica, aneurisma de aorta con fuga.

Tratamiento

Una vez diagnosticada la apendicitis aguda, el paciente debe recibir tratamiento médico y quirúrgico. El manejo médico se hace con hidratación del paciente; aplicación de antibióticos adecuados—como la cefuroxima o el metronidazol—y analgésicos.

La cirugía se conoce con el nombre de apendicectomía y consiste en hacer una incisión en la fosa ilíaca derecha bajo la insición tipo McBurney o insición tipo Rockey Davis. La laparotomía exploradora según la gravedad del paciente y extirpar el apéndice afectado.

Es importante que si la apendicitis no se atiende a tiempo puede perforarse el apéndice y de esta manera causar peritonitis, un padecimiento que exige más cuidados que la apendicitis y que es muy grave. A su vez, la peritonitis puede llevar a la muerte del paciente por una complicación llamada septicemia, por lo que es importante llamar al médico en cuanto se presente cualquier tipo de dolor

abdominal agudo (súbito) que dure más de 6 horas (un indicativo probable de apendicitis). Cuanto más temprano sea el diagnóstico, mayores serán las probabilidades de recibir una atención médica adecuada, un mejor pronóstico, menores molestias y un periodo de convalecencia más corto.

DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es retrospectivo

2. PERIODO DE ESTUDIO

1 de Enero-30 de Julio del 2012

3. POBLACION

Pacientes evaluados en la unidad de emergencia de cirugía general y hospitalizados de otras áreas (medicina interna, ginecología, pediatría) del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana

4. VARIABLES

- EDAD
- SEXO
- HISTORIA CLINICA
- METODOS DE DIAGNOSTICO
- EVOLUCION
- MANEJO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ambos sexos
- Edad de 4-80 años
- Que cumpla con los criterios de diagnóstico de Apendicitis Aguda Complicada
- Se incluirá pacientes pre-medicados previo consulta
- Pacientes referidos de unidad de salud, medico particular, hospital periférico, ISSS

CRITERIOS EXCLUSION

- Menor de 4 años
- Paciente ambulatorio
- Que no cumpla con los criterios de diagnóstico de Apendicitis Aguda Complicada

MÉTODO DE MUESTREO

Se estudiaran las historias clínicas de 50 pacientes con diagnóstico de APENDICITIS AGUDA COMPLICADA, confirmado por clínica, laboratorio, métodos por imágenes y quirúrgicos.

Se analizaran edad, sexo, antecedentes, síntomas al ingreso, métodos complementarios de diagnósticos, tratamiento instituido, complicaciones que se presentaron y evolución del paciente.

Además se analizara resultados de directo y cultivo, en muestras enviada a laboratorio y reportada en expediente clínico.

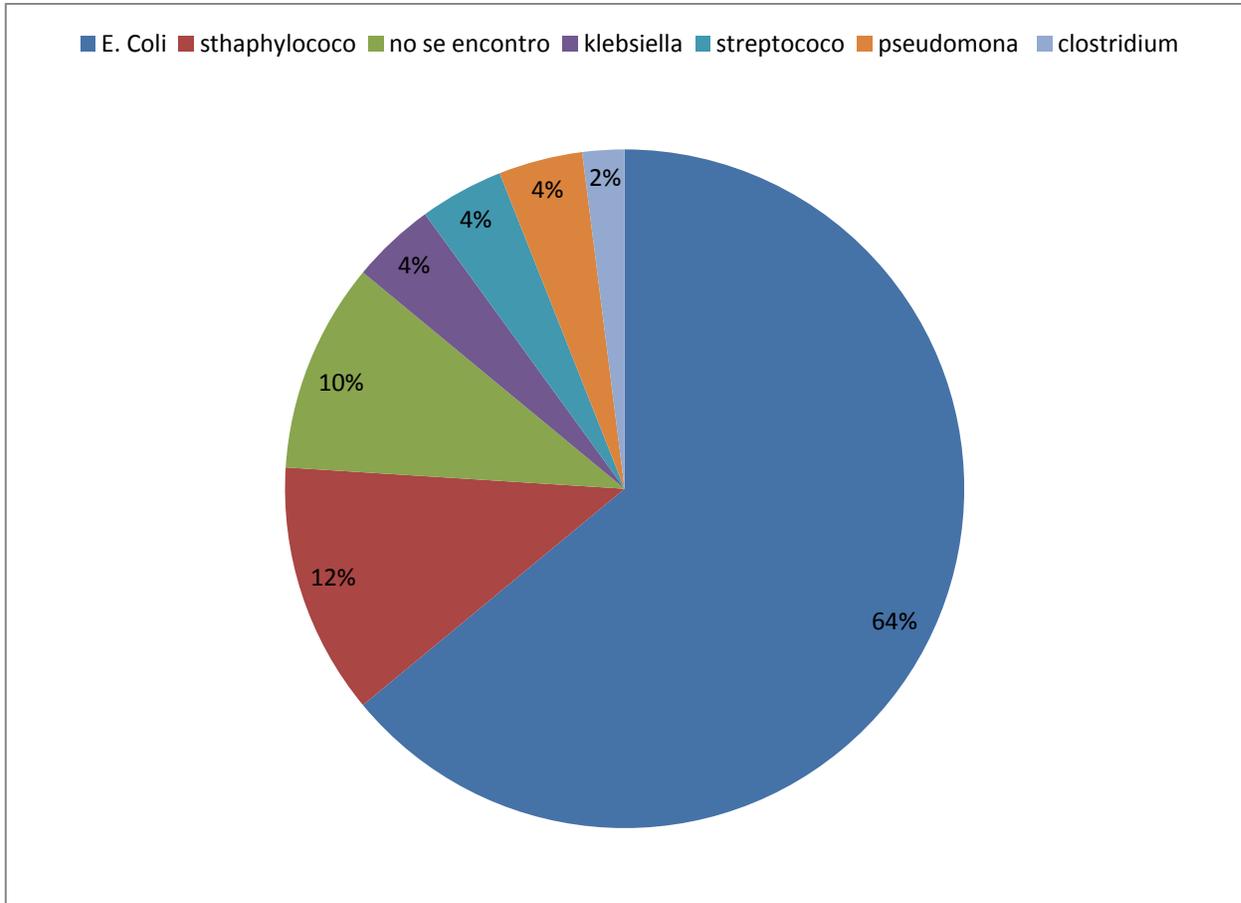
ANALISIS DE TABLAS Y GRAFICOS

DATOS RECOLECTADOS DE 1 DE ENERO A 31 DE JULIO 2012

NUMERO	FECHA	EXPEDIENTE	EDAD	SEXO	AGENTE
1	19-1-12	35056-11	35	M	E. Coli
2	25-1-12	13568-11	48	M	E.Coli
3	26-1-12	5482-12	53	F	Streptococo
4	30-1-12	25704-11	45	M	E. Coli
5	30-1-12	10836-12	41	M	E. Coli
6	31-1-12	6323-12	17	F	E. Coli
7	4-2-12	9355-12	24	F	Pseudomona Auriginosa
8	7-2-12	12325-09	36	F	Pseudomona Auriginosa
9	12-2-12	917-12	10	M	E. Coli
10	13-2-12	54390-11	26	M	Klebsiella Neumonie
11	27-2-12	10287-12	49	F	E. Coli
12	28-3-12	254-12	78	M	E. Coli
13	30-3-12	16389-12	65	F	E. Coli
14	2-4-12	21213-09	32	M	Clostridium Difficile
15	5-4-12	11604-12	47	F	No se encontró
16	6-4-12	9767-12	29	M	E. Coli
17	8-4-12	17694-12	45	M	E. Coli
18	10-4-12	35307-08	24	M	E. Coli
19	11-4-12	19829-09	32	F	Streptococo Pyogenes
20	12-4-12	18009-12	28	F	E. Coli
21	16-4-12	106-12	42	F	E. Coli
22	18-4-12	9076-12	27	F	Staphylococo Epidermides
23	23-4-12	21566-11	23	F	No se encontro
24	25-4-12	12889-12	17	M	E. Coli

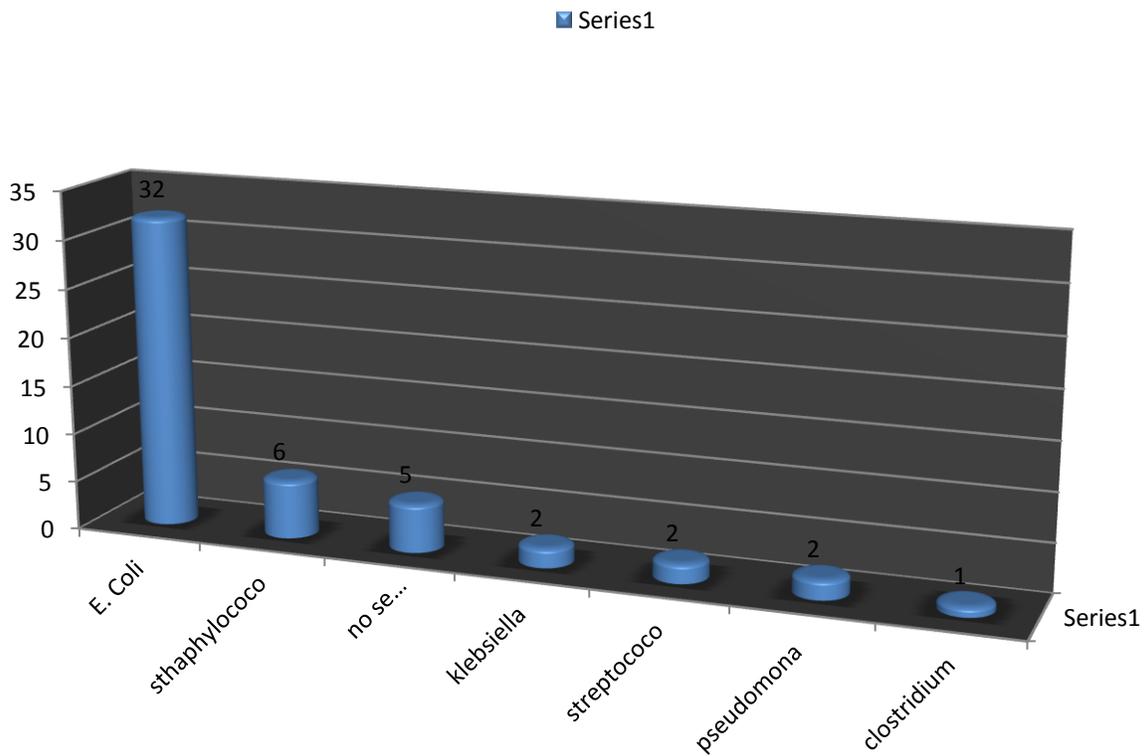
25	25-4-12	53276-12	24	M	Staphylococo Epidermides
26	26-4-12	11669-10	16	M	No se encontro
27	28-4-12	52330-11	34	M	E. Coli
28	30-4-12	10257-12	45	M	E. Coli
29	1-5-12	7698-09	29	F	Staphylococo Epidermides
30	3-5-12	48837-11	33	F	E. Coli
31	5-5-12	12950-12	28	M	Klebsiella Neumonie
32	7-5-12	3843-12	30	M	E. Coli
33	10-5-12	14350-12	17	F	Sthaphylococo Aureus
34	11-5-12	11703-11	18	F	E. Coli
35	14-5-12	11703-11	24	F	E. Coli
36	17-5-12	1119-12	6	F	Sthaphylococo Epidermides
37	26-5-12	12192-12	18	M	E. Coli
38	28-5-12	17357-12	21	M	E. Coli
39	2-6-12	19149-12	8	F	E. Coli
40	6-6-12	14859-10	22	F	E. Coli
41	13-6-12	15643-12	41	M	Sthaphylococo Epidermides
42	18-6-12	34671-10	14	M	No se encontro
43	22-6-12	34671-10	13	M	No se encontro
44	2-7-12	47887-11	31	F	E. Coli
45	8-7-12	53981-12	23	M	E. Coli
46	16-7-12	34871-11	24	F	E. Coli
47	22-7-12	43721-12	54	M	E. Coli
48	27-7-12	36722-12	32	F	E. Coli
49	29-7-12	4356-11	41	M	E. Coli
50	31-7-12	38941-12	12	M	E. Coli

PORCENTAJE DE AGENTES POTOGENOS SEGÚN ANALISIS DE DIRECTO Y CULTIVO REPORTADOS.



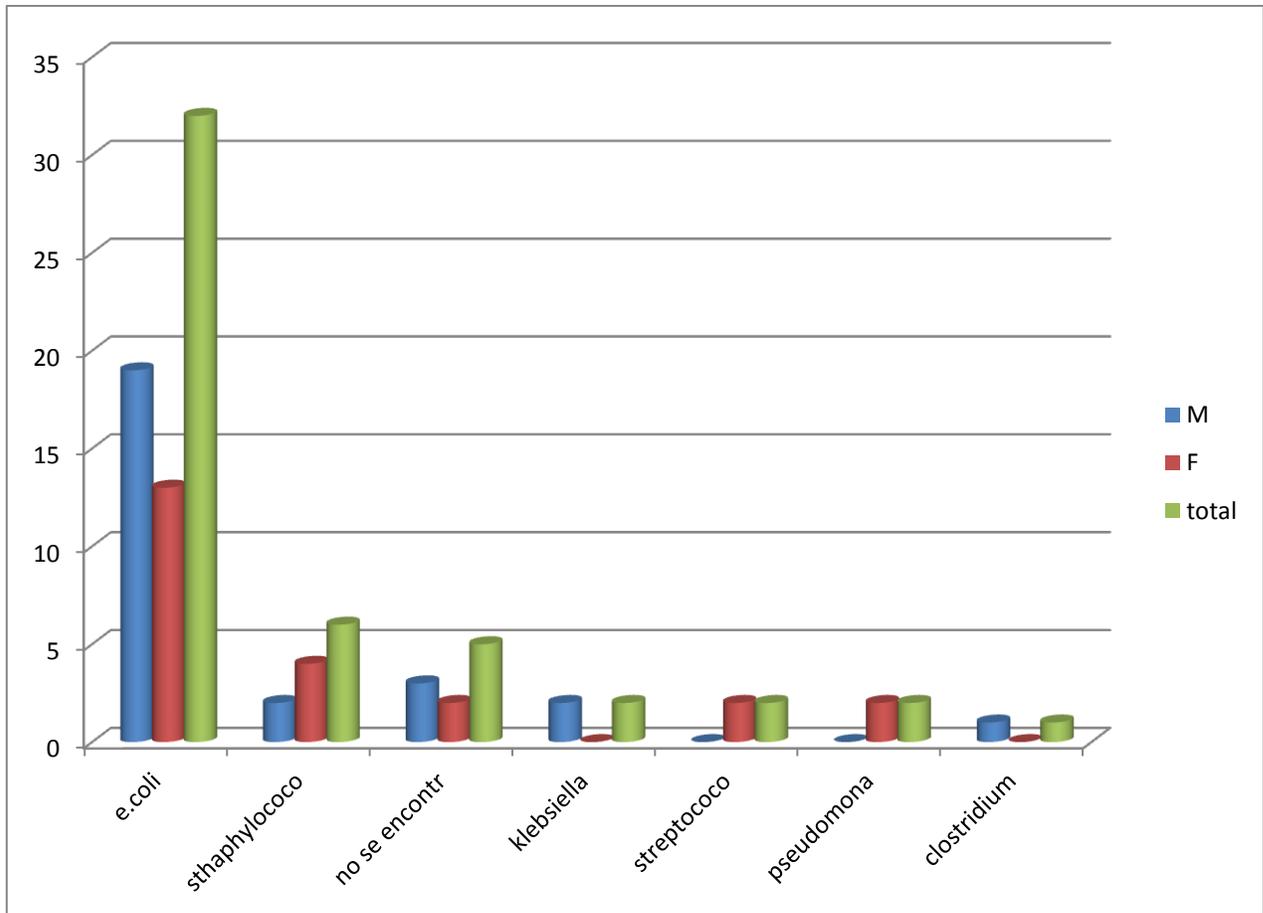
En este grafico podemos analizar el total de apendicectomias realizadas en las cuales identificar que en un porcentaje más alto se encuentra reportado como agente patógeno más frecuente la E. Coli, seguido de Sthaphylococo, y en porcentaje menor no se encontró agente patógeno.

NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO DE AGENTES PATOGENOS REPORTADOS



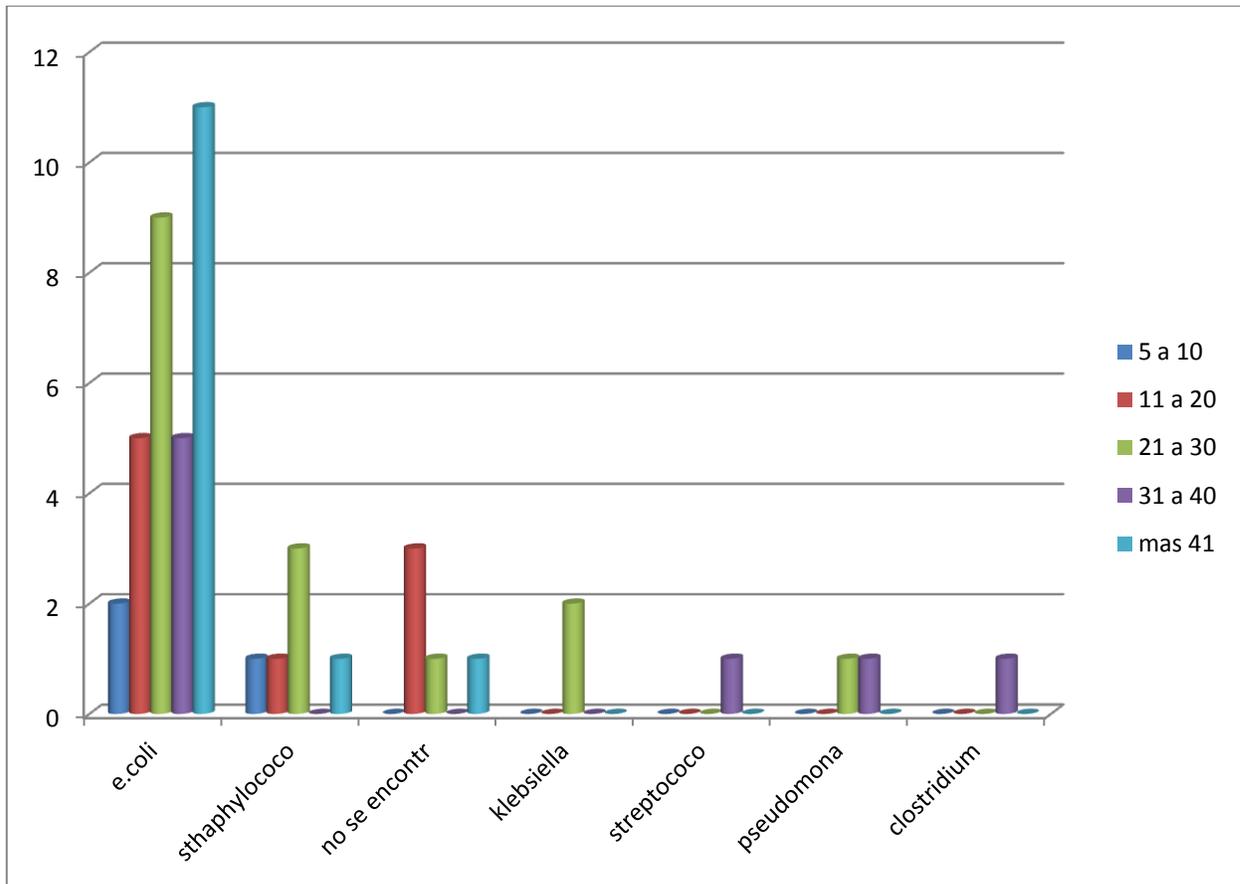
En este grafico podemos confirmar la relación que encontramos entre el agente E. Coli en los casos de apendicitis complicada, evidenciando un número elevado de pacientes en quienes se reportó dicho patógeno.

RELACIÓN EN CUANTO AL SEXO DE PACIENTES Y PATOGENO REPORTADO EN DIRECTO Y CULTIVO



En este gráfico podemos observar la relación existente en los casos reportados por parte del laboratorio, evidenciando que en cuanto a E. Coli se observa mayor incidencia en el sexo masculino, staphylococo hay una incidencia mayor en el sexo femenino, y en cuanto a los casos en los cuales no se encontró patógeno corresponde al sexo masculino.

RELACION ENCONTRADA EN BASE A EDAD DE PACIENTE Y AGENTE PATOGENO REPORTADO POR DIRECTO Y CULTIVO



En este grafico podemos decir que es la edad arriba de 41 la que ha reportado más casos confirmados de E. Coli, seguido por adultos en edades de 21 a 30 años, y en un número menor encontramos la edad pediátrica con 2 casos reportados de E. Coli.

CONCLUSIONES

- La investigación científica realizada en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana demuestra que el 64% de casos corresponde a E. Coli, seguidos en un 12% por Sthaphylococo quedando demostrado por reporte de laboratorio en directo y cultivo.
- Se demuestra la sensibilidad en la capacidad del clínico para identificar un cuadro de apendicitis aguda catalogada como complicada y no complicada respectivamente.
- El reconocimiento de la sintomatología clínica presentada por los pacientes resulto ser vital para identificar los cuadros de apendicitis aguda complicada.
- El apoyo de métodos diagnósticos como exámenes de laboratorio y gabinete demostraron ser de gran ayuda para el manejo de casos de apendicitis aguda complicada.
- Por esto podemos concluir que el presente estudio posee herramientas básicas para darle continuidad y mejorar nuestro hospital escuela, incentivando a todos a darle la importancia debida a los estudios científico-investigativos y poderlos operativizar aceptando sus recomendaciones para el mejoramiento continuo de los servicios de salud, y el crecimiento profesional.

RECOMENDACIONES

- Motivar a continuar con estudios investigativos que estén orientados a mejorar la calidad de atención y calidad profesional para enfrentar los retos que nuestro tipo de vida nos exige y nuestra población demanda
- Promover el envío de muestras a estudio de laboratorio, ya que solo así podemos confirmar la presencia de un agente patógeno específico y poder dar una antibioticoterapia adecuada.
- Evitar en la medida de lo posible las complicaciones post-operatorias que implican una apendicectomía, ya que con esto se disminuyen considerablemente los gastos hospitalarios que al final repercuten en el paciente.
- El evitar un error diagnóstico disminuimos las complicaciones post-operatorias más frecuentes, esto lo podemos realizar fomentando el estudio para el diagnóstico clínico y diagnóstico diferenciales oportunos como una solución para medir el grado de certeza al momento de decidir intervenir quirúrgicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apendicitis Aguda. Artículo disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos16/apendicitis.shtml>.
2. Apendicitis Aguda. Artículo disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos/apendicitis.shtml>.
3. Vergara, J.; Buforn, A.; Rodríguez, C. Apendicitis Aguda. Artículo disponible en:
<http://www.medynet.com/usuario/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/pancreag.pdf>
4. Operation Abdominal Maingot 8 vol 2
5. Reber, Howard. Apendicitis aguda. Schwartz, S et al. Principios de Cirugía. Tomo 2. . Octava Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
6. Puig-Diví, V. Guarner, L. Apendicitis Aguda en Protocolos Diagnósticos Terapéuticos en Patología Digestiva Servicio de Aparato Digestivo Hospital General Vall d'Hebrón Editorial Prous Science SA 1998 191-200