

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**“APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO
Y COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO
DE 1995 A DICIEMBRE DEL 2005”**

TESIS

Presentado por:

BACH. JENNIFFER YANIRA VALDIVIA ALFARO

Para optar el Título Profesional de:

MEDICO CIRUJANO

Director de Tesis:

DR. JORGE COLINA CASAS

TACNA - PERÚ

2006

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

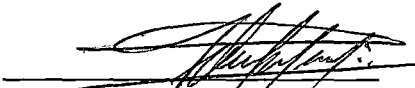
Facultad de Ciencias Médicas

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**“APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

Aprobado por el Jurado integrado por:

DR ROBERTO PINTO MONRROY




PRESIDENTE

DR. NOE FLORES VIZCARRA



PRIMER MIEMBRO

DR. JAIME VARGAS ZEBALLOS



SEGUNDO MIEMBRO

DR. JORGE COLINA CASAS

DIRECTOR DE TESIS

A DIOS

*POR DARMÉ LA VIDA,
SALUD Y PERSEVERANCIA
PARA LOGRAR MIS METAS.*

*A MIS PADRES,
POR SU APOYO INCONDICIONAL, EN
LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES DE
MI CARRERA.*

*A MIS HERMANOS,
POR SU COMPRENSIÓN Y COMPAÑÍA*

*A MIS AMIGOS DE PRE-GRADO, POR
SU AMISTAD Y COMPAÑERISMO
DURANTE LOS AÑOS DE ESTUDIO.*

INDICE

	Pág
RESUMEN	2
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I PROBLEMA	7
C APITULO II MARCO TEORICO	14
C APITULO III MATERIALES Y METODOS	36
CAPITULO IV RESULTADOS	40
CAPITULO V DISCUSION Y COMENTARIOS	67
CAPITULO VI CONCLUSIONES	75
CAPITULO VII RECOMENDACIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	91

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue establecer cual es la incidencia de la Apendicitis Aguda en el embarazo, su manejo y las principales complicaciones postoperatorias maternas quirúrgicas y obstétricas.

La investigación se realizó en 19 pacientes gestantes portadoras de Apendicitis Aguda Complicada y No Complicada entre el periodo de Enero de 1995 a Diciembre del 2005 en el Hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna.

Los resultados que se obtuvieron en el grupo de gestantes con Apendicitis Aguda Complicada y No complicada el grupo de edad en que se desarrolló con mayor frecuencia fue de 24-33 años. Se encontró una incidencia total de Apendicitis Aguda en el embarazo de 0.62% por año, para los 11 años de estudio, con una incidencia mayor en el año 2004 de 0.11 % y la mas baja en el año 2005 con 0.026 %.

Las complicaciones secundarias postoperatorias que se asocian al diagnóstico postoperatorio de Apendicitis Aguda en gestantes fueron en orden discriminante de mayor a menor: Infección de herida Operatoria en un 21%, Absceso residual en un 5.36 % al igual que la Infección del tracto urinario en un mismo porcentaje.

Las complicaciones secundarias obstétricas que se asocian con el diagnóstico postoperatorio en orden discriminante descendente fueron : Amenaza de Parto Pretermino con un porcentaje 31.58 % y Parto Pretermino con un porcentaje de 10.53 %.

PALABRAS CLAVES : Apendicitis Aguda, Embarazo.

ABSTRACT

The object for the following Study was to establish what is the incidence of the maternal postoperative and obstetric complications in a descending order, that is associated to the postoperative diagnosis and the Intense Appendicitis treatment in the pregnancy.

The investigation was applied on nineteen patients that got Complicated and Not complicated Intense Appendicitis during the January 1995 to December 2005 period.

The aftermaths obtained in the group of pregnant women with Complicated and Not Complicated Intense Appendicitis showed that the principal frequency was developed in the 24 to 33 years elderly group.

A total incidence of Severe Appendicitis in the Pregnancy with 0.62%, in order to the 11 years of study, with a bigger incidence in the year 2005 with 0.026%.

The secondary postoperative complications that join the Postoperative Intense Appendicitis diagnosis in pregnant women belonged to discriminating order from bigger to minor: Infection of an operative wound in 21%, Residual Abscess in 5.36 just like the urinary tract Infection in a same percentage.

The secondary obstetric complications that join the postoperative diagnosis in descending discriminating order were: Pre finishing childbirth Threaten with 31.58% and Pre finishing childbirth with 10.53%.

KEY WORDS: Intense Appendicitis, pregnancy

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la más frecuente de patología quirúrgica no obstétrica en la gestación (3), Los cambios que el embarazo produce en el organismo materno, hacen que algunas enfermedades adquieran durante este periodo características peculiares (1).

En la práctica diaria, se puede observar que existe gran controversia en el diagnóstico y tratamiento de esta patología, cuando la mujer está gestando. Las complicaciones que se producen por un diagnóstico o tratamiento inadecuado, son graves, ya que afectan a la madre y al feto, llevando al embarazo a un alto riesgo obstétrico, muchas veces con resultados ominosos, por lo que se hace necesario conocer la asociación y frecuencia de las complicaciones de esta patología, para prevenir su presentación disminuir la morbimortalidad materno fetal. Los hallazgos de la investigación nos van a permitir conocer las complicaciones más frecuentes de la apendicitis aguda, durante el embarazo, para prevenirlas y disminuir la morbimortalidad materna y fetal.

En una revisión sobre la prevención de las complicaciones de la apendicitis aguda durante el embarazo, se observó que disminuye dramáticamente la morbimortalidad materna fetal, mejorando el pronóstico del riesgo obstétrico perinatal (15).

Balestena en 2002 informó que las complicaciones que se presentaron en las gestantes operadas de apendicitis aguda ocurrieron en el 26.6% (15).

En otro estudio, Sánchez describió que la mortalidad fetal es de 3-5% en apendicitis no perforada en gestantes y hasta el 36% cuando hay perforación (16).

Tapia en 1996, observó un óbito fetal a las 27 semanas que terminó en histerotomía y un parto inmaduro a las 28 semanas, falleciendo el feto a las pocas horas. Como tal, la mortalidad perinatal fue 15.38%(17).

Villareal en 1990 informa que el aborto y la labor de parto prematuro están en relación con la severidad la enfermedad apendicular. La interrupción del embarazo ocurrió en 29.6% de los casos con una mortalidad fetal de 25.9%, siendo de 12.5% en los casos de apendicitis sin perforación y de 45.5% en los casos de apendicitis con perforación. La complicación no obstétrica mas frecuente rué la infección de herida operatoria (18).

CAPITULO I

PROBLEMA

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1 Planeamiento del problema

La Apendicitis Aguda constituye la causa más común de abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en la gestación, siendo considerada la primera sospecha clínica que debe tener presente el médico general cuando se enfrenta a una paciente gestante que acude a la consulta con dolor abdominal no obstétrico.

Los cambios que el embarazo produce en el organismo materno, hacen que algunas enfermedades adquieran durante éste periodo características peculiares, siempre ha constituido ser un reto, un problema de difícil abordaje para el médico tratante, debido a los cambios de la sintomatología y los cambios anatomopatológicos del apéndice durante la gestación, por ello el retraso en la búsqueda de ayuda médica; la valoración quirúrgica y/o inicio de procedimientos apropiados, lleva a un incremento de la morbilidad y mortalidad de la madre y/o el feto, por ello, el abdomen agudo durante el embarazo debe ser evaluado por el cirujano y el gineco-obstetra en forma conjunta.

Aún con el avance tecnológico actual, el diagnóstico sigue siendo netamente clínico: depende de un excelente recolección de datos en la anamnesis y un examen físico exhaustivo.

Las principales complicaciones de la Apendicitis Aguda incluyen la Peritonitis Localizada, la Peritonitis Generalizada por perforación del apéndice, entre otros como Absceso Apendicular, abscesos intra abdominales e infección de la pared abdominal (más frecuente), compromiso de los órganos pélvicos vecinos por adherencias o bridas, obstrucciones intestinales posquirúrgicas, fístulas estercoráceas, sepsis etc. y rara vez la muerte del paciente, que se da en menos del 1% de los casos. Muchas de estas repercusiones obligan a reintervenir en forma temprana del 0.9 al 1% de los pacientes.

Durante la gestación al presentarse un cuadro de Apendicitis Aguda, una de las complicaciones es la peritonitis generalizada porque el epiplón no alcanza a ocluir la perforación, constituyendo un gran riesgo para la madre y feto, ya que como sabemos éste es un mecanismo de defensa de nuestro organismo para localizar el cuadro infeccioso que no se presenta en la paciente gestante con Apendicitis Aguda, agravando y complicando más la evolución de la paciente.

1.1 Formulación del problema.

¿Cuál es la incidencia, manejo y las complicaciones de la Apendicitis Aguda en la gestante en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna entre Enero 1995 a Diciembre del 2005?

Problemas específicos:

1. ¿Cuál es la incidencia por años de la Apendicitis Aguda durante el embarazo en el Hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005?
2. ¿Cuál es el orden de frecuencia de las complicaciones postoperatorias y obstétricas en embarazadas del Hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005?
3. ¿Cuál es la asociación entre el diagnóstico postoperatorio de Apendicitis Aguda las complicaciones postoperatorias maternas y obstétricas, en embarazadas del Hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005?
4. ¿Qué vinculación existe entre el manejo de la Apendicitis Aguda y las complicaciones postoperatorias y obstétricas en embarazadas del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005?

1.3 Justificación del Estudio

La finalidad de cirugía y Obstetricia moderna, es evitar y prevenir las complicaciones post operatorias de la Apendicitis Aguda, en mujeres embarazadas, disminuir la morbimortalidad materna fetal (18).

Son muy pocas las investigaciones existentes en nuestro medio, sobre las complicaciones post operatorias de la apendicitis aguda, durante el embarazo.

Los hallazgos de nuestra investigación serán para concretar el conocimiento del enfoque de riesgo perinatal, sobre patologías como la apendicitis aguda que resulta ser un trastorno grave y ominoso que aumenta directamente la morbimortalidad materna y fetal.

Los resultados y el análisis de los mismos van a permitir resolver y conocer la frecuencia de las complicaciones de la apendicitis aguda en la población estudiada y podría además generalizarse a otras poblaciones que están expuestas al riesgo.

El beneficio que se obtendrá de la presente investigación incidirá en la mejor atención materna fetal, disminuyendo la morbilidad de la misma.

La investigación que se plantea es factible de ser realizada, por la disposición de la población accesible, los medios físicos, económicos y el tiempo que se ha dispuesto se encuentra dentro de las posibilidades de ser ejecutada por el investigador.

La presente investigación constituye una de las inquietudes del investigador de conocer una patología obstétrica quirúrgica que conlleva un grave riesgo de mortalidad o de secuelas irreversibles especialmente para el

feto. Esta inquietud es la que ha llevado a organizar y luego realizar la investigación. Se cumple con los lineamientos académicos de nuestra universidad, la de interpretar y contribuir a mejorar la problemática de salud nacional, mediante aportes con base y metodología científica.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la incidencia, manejo y complicaciones de la Apendicitis Aguda durante el embarazo, en el Hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar la incidencia por años, de la Apendicitis Aguda durante el embarazo en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005.
2. Conocer la frecuencia de las complicaciones postoperatorias y obstétricas, en gestantes con Apendicitis Aguda del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005.
3. Asociar el diagnóstico postoperatorio de la Apendicitis Aguda y las complicaciones postoperatorias maternas y obstétricas de gestantes del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005.

4. Vincular el tratamiento de la apendicitis aguda con las complicaciones postoperatorias maternas y obstétricas en gestantes del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 1995 – 2005.

1.5 Hipotesis

La incidencia de apendicitis aguda en gestantes en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna es baja, comparada a la frecuencia nacional e internacional, manteniéndose ésta en los últimos años; además el manejo es quirúrgico, similar a las pacientes no gestantes, siendo las principales complicaciones obstétricas la amenaza de aborto y amenaza de parto prematuro, presentándose como complicación materna postoperatoria a la infección de herida operatoria con mayor frecuencia.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

CAPITULO II

MARCO TEORICO

APENDICITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO

2.1 Definición:

La apendicitis es causa frecuente de operaciones de urgencia. Casi 6% de la población sufre este padecimiento en algún momento de la vida. Aunque clásicamente se ha considerado una enfermedad de personas de 10-30 años, afecta a todos los grupos de edad. Su diagnóstico se dificulta al máximo en personas de muy corta edad, ancianos, embarazadas y en quienes sufren otros padecimientos. Sin embargo, también se complica su identificación en otros pacientes, y ello ocurre incluso, a los médicos más capacitados (7).

La Apendicitis Aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo de etiología no obstétrica ni ginecológica durante el embarazo, siempre ha constituido ser un reto, un problema de difícil abordaje para el médico tratante, debido a los cambios de la sintomatología y los cambios anatomopatológicos del ciego y apéndice durante la gestación, por ello el retraso en la búsqueda de ayuda médica, la valoración quirúrgica y/o inicio de procedimientos apropiados, llevando a un incremento de la morbilidad y mortalidad de la madre y/o el feto, por ello, el abdomen agudo durante el

embarazo debe ser evaluado por el cirujano y el gineco-obstetra en forma conjunta(17).

2..2 Cuadro clínico:

El cuadro clínico de la apendicitis aguda durante la gestación, el síntoma principal es el dolor abdominal continuo que se inicia en el epigastrio o en la región periumbilical posteriormente se localiza en cuadrante inferior derecho entre las 4 y 6 horas, náuseas, vómitos, anorexia, estreñimiento, fiebre, molestias urinarias que confunde con una infección urinaria. En algunos casos los movimientos fetales pueden exacerbar el dolor. Los cuadros atípicos son muy frecuentes, sobre todo a medida que avanza el embarazo. La historia clínica y la secuencia de los síntomas tienen valor fundamental para el diagnóstico. Durante el examen físico los signos más frecuentes son la hipersensibilidad y dolor de rebote, tanto a la palpación como a la percusión, en el flanco derecho y fosa ilíaca derecha del abdomen. La temperatura puede ser normal o estar ligeramente elevada. Las temperaturas altas sugieren perforación. Suele existir taquicardia, acorde con la elevación térmica (1,2,3,8).

2.3 Diagnóstico postoperatorio:

APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA: (No Perforada)

- **Congestiva o Catarral**
- **Flemonosa o Supurativa**
- **Gangrenada o Necrótica**

a) Apendicitis Aguda 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, acumulo 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(3,6,8,9).

b) Apendicitis Aguda Flemonosa o Supurativa

La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente 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 (3,6,8,9)

c) Apendicitis Aguda Gangrenosa o Necrótica

Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano producen 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, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuemente purulento con un olor fecaloideo (3,6,8,9).

APENDICITIS AGUDA COMPLICADA: (Perforada)

- **Apendicitis Aguda con Peritonitis Localizada**
- **Apendicitis Aguda con Peritonitis Generalizada**

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 (3,6,8,9).

a) Apendicitis aguda con peritonitis localizada

Compromete y se circunscribe a una región específica y está relacionada con la afección inflamatoria de la apendicitis aguda. Su forma de presentación puede ser la de un acumulo líquido (derrame o colección), de un absceso.(18)

Su presentación clínica, en la etapa inicial no se observa habitualmente signos generales, salvo los correspondientes a la presencia de un foco supurado. La curva térmica se corresponde con la característica fiebre en picos de los abscesos. Los vómitos son infrecuentes. El tránsito intestinal se halla habitualmente conservado. Los hallazgos paliatorios, es el dolor a la descompresión (también llamado peritonismo, signo del rebote, reacción peritoneal o signos de Blumberg). Se explora deprimiendo la pared con suavidad y retirando la mano rápidamente. En ese momento el paciente manifiesta intenso dolor, objetivable por la expresión de su cara. Se debe al contacto de dos cerosas inflamadas: el peritoneo parietal y el visceral, por lo que es más manifiesto en las proximidades del foco inflamatorio.(18)

Toda esta secuencia debería provocar siempre 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 PLASTRÓN APENDICULAR, y aun

cuando el apéndice se perfora 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.

b) Apendicitis aguda con peritonitis generalizada

Afecta a toda o la mayor parte de la gran cavidad, aunque puede respetar algún determinado espacio por existir bloqueos previos. Los signos y síntomas son diseminados y la repercusión global es importante. (16,18,19)

En una fase inicial comienza en el momento en que el peritoneo es agredido y se caracteriza por la violenta respuesta local. Dura entre 6 y 12 horas. En la fase de estado, que sucede a la anterior. Se advierte el agravamiento de las condiciones locales y el comienzo de la respuesta general, coincidiendo con la fase hiperdinámica de la sepsis. Dura entre 12 y 36 horas.

En la fase de complicaciones, se observa complicaciones en órganos intraabdominales y falla monoorgánica. Dura entre 24 y 96 horas. En la etapa terminal, el shock es de difícil manejo y se debe a factores neurogénicos, tóxicos y hemodinámicos. Por último se instala la falla multiorgánica que no cede a pesar del drenaje de la cavidad y conduce a la muerte en plazos variables que dependen de las reservas energéticas y de las medidas de sostén.

En otros casos la muerte puede ser mucho más temprana, en el curso evolutivo de la peritonitis, debiéndose a una respuesta anafiláctica causada por la absorción masiva de exotoxinas bacterianas.(16,18,19)

Cuando el bloqueo es insuficiente o no se produce, la perforación del apéndice producirá una peritonitis generalizada, que es la complicación más severa de la apendicitis.

2.4 Tratamiento:

Cuando se establece el diagnóstico, el tratamiento es la apendicectomía. Una vez realizada la laparotomía se confirma apendicitis aproximadamente en un 60% de los casos, frente al 80% de la población general. En cambio en las gestantes la tasa de fracaso es mayor a medida que avanza la gestación. En muchas de las laparotomías con apéndice normal se encuentran otros problemas solucionables mediante cirugía. Durante la intervención está indicado el uso de antibióticos en caso de absceso, flemón o perforación apendiculares, y el uso de tocolíticos se recomienda solo cuando hay sintomatología de irritabilidad uterina o contracciones uterinas francas. En el primer trimestre se puede utilizar cualquiera de las incisiones abdominales clásicas y en el resto del embarazo se prefiere la incisión media, que permite menor abordaje quirúrgico y mínima manipulación uterina (7).

En caso de las gestantes es importante considerar la etapa de la gestación para determinar el manejo ideal. Siempre que sea posible se retrasa la cirugía de pacientes afectadas en el primer trimestre hasta el segundo y aquellas afectadas en el tercer trimestre esperar hasta el posparto, ya que la intervención en el segundo trimestre es la más segura para el producto. Intervenir el primer trimestre tiene el riesgo de los efectos teratógenos de los anestésicos aumentando el riesgo de los abortos espontáneos, mientras que en el tercero existe la posibilidad de lesión al útero, grave estimulación de un trabajo de parto pretérmino (21).

Por eso si se sospecha de apendicitis aguda durante el trabajo de parto fase latente debe de optarse por una laparotomía y concluir el parto por vía vaginal después de la apendicectomía; si la paciente se encuentra en trabajo de parto fase activa debe de optarse por parto vaginal y realizar una laparotomía posparto inmediato. La cesárea se reserva para indicaciones obstétricas estrictas, tales como: peritonitis, sepsis y presencia de un gran absceso abdominal, que pongan en peligro la vida de un feto viable, siempre y cuando sea imposible el parto vía vaginal (28).

Y dentro de las medidas generales habituales para todos los pacientes tenemos:

2.4.1 Quirúrgico: Tratamiento operatorio convencional

El objetivo estará centrado en resecar el órgano enfermo y si existe una peritonitis se procederá además a lavar y drenar la cavidad abdominal, la vía de abordaje dependerá del estado del proceso. En los procesos de pocas horas de evolución, bastará una incisión de Mac Burney o una incisión transversa a lo Roque Davis (Arce). En el primer trimestre se puede utilizar cualquiera de las incisiones abdominales clásicas y en el resto de embarazo se prefiere la incisión media, que permite mejor abordaje quirúrgico y mínima manipulación uterina (1,3, 4, 5, 7,8).

Se incide grasa subcutánea en la dirección de la incisión transversa, y se incide la aponeurosis del oblicuo externo en la dirección de las fibras musculares. Se abren las fibras con una pinza hemostática (5). Incidir la fascia del oblicuo interno y abrir la incisión en la dirección de sus fibras. Morfológicamente incida la fascia del músculo transverso, fascia transversalis y peritoneo. Note la presencia de características de líquido peritoneal, y enviar líquido purulento para tinción de Gram y cultivo de aerobios y anaerobios.

Identificar la base del ciego por la convergencia de las tenias coli, llegando al ciego, para exponer la base del apéndice. Se rodea con el índice alrededor del apéndice para liberar gentilmente sus adherencias a

tejidos adyacentes. Utilice gasas o compresas para salir el apéndice y estabilice el apéndice con una pinza de Babcock (3,5).

Divida el meso apéndice entre pinzas para después ligar firmemente utilizando sutura absorbible del 000. Igualmente se divide el apéndice en su base y se ligan los extremos con crómico del 00. El muñón apendicular se invagina con una jareta con crómico del 00 sobre ciego. Se revisa la hemostasia en mesoapendice (5).

Se valora necesidad de drenaje en caso de absceso o perforación apendicular. Se cierra la pared abdominal en la forma acostumbrada por el cirujano (3,5).

Si el apéndice es normal en la inspección (5 a 25 % de los casos), debe extraerse, y se debe buscar un diagnóstico alterno apropiado. Se inspeccionan el ciego, colon sigmoides e Íleon, así como descartar linfadenitis mesentérica. Se revisan los ovarios y trompas de Falopio pero pensando en una EPI, quiste rotó o embarazo en tópico. Líquido biliar peritoneal libre sugiere úlcera péptica perforada o de la vesícula biliar.

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 (3,5).

2.4.2 Antibióticoterapia:

Los antibióticos deberían ser administrados en forma intravenosa a todos los pacientes con infecciones intraabdominales severas. La terapia antibiótica sistémica debería ser administrada durante los períodos perioperatorios e intraoperatorios con el objeto de combatir la diseminación local y metastásica de la infección.

Ya que no son accesibles al adecuado drenaje quirúrgico todas las áreas de infección y los mecanismos de defensa del huésped pueden no ser suficientes para erradicar todos los patógenos de esas áreas, está recomendada la administración terapéutica prolongada de antibióticos.

Una tendencia actual en el manejo de las infecciones intraabdominales perioperatorias, es la de reemplazar la terapia de combinación por un agente único igualmente eficaz, como es el caso de ampicilina/sulbactam, cefoxitina, meropenem o imipenem/cilastatina. La monoterapia puede otorgar múltiples ventajas, incluyendo la reducción de la toxicidad, menor costo, eliminación de la necesidad de obtener niveles séricos de droga, y una mayor conveniencia en el cuidado de enfermería (1,3,4,8).

Es controvertido el uso rutinario de antibióticos en casos no complicados. La mayoría de los autores están de acuerdo en usarlos durante 24 horas, a menos que haya perforación, peritonitis o absceso, condiciones en las que se deben continuar. Se han recomendado la ampicilina, las cefalosporinas, como la cefoxitina, y la clindamicina o el metronidazol asociado con la gentamicina (14).

Las pacientes en un estudio recibieron ampicilina con base en la limitación de este antibiótico para los gérmenes esperados en esta patología. Según las 5 categorías establecidas por la FDA en relación con el riesgo - beneficio de los medicamentos que se utiliza durante el embarazo, los recomendados en la literatura pertenecen a la categoría B, es decir, su uso se "acepta" durante el embarazo, a excepción de la gentamicina, que pertenece a la categoría C; su uso se restringe a situaciones en que no existe otro fármaco más seguro (16).

El B-lactámico aztreonam tiene una acción antimicrobiana semejante a la de los aminoglicósidos, pertenece a la categoría B y se convierte en una mejor elección para la embarazada. No se debe administrar medicamentos tocolíticos en forma profiláctica, salvo que haya evidencia de actividad uterina (16).

2.4.3 Tocolíticos

Pese al frecuente uso de tocolisis, la literatura al respecto es escasa y con resultados que no permiten fundamentar su uso. No existen elementos que sustenten el uso profiláctico de beta agonistas orales en pacientes de riesgo o con trabajo de parto prematuro. Hasta recientemente se consideraba que el único subgrupo de pacientes en que tenía cabida la tocolisis oral eran las pacientes con trabajo de parto prematuro que respondían a los beta agonistas parenterales. En ese grupo, algunas publicaciones sugerían que los tocolíticos orales reducían las tasas de recurrencia y de rehospitalización. Análisis recientes, sin embargo, demostraron que no existe una reducción en la incidencia de parto prematuro o en la tasa de recurrencia de un trabajo de parto prematuro cuando se utiliza tocolisis oral como terapia de mantención, es decir luego de un tratamiento por vía intravenosa, hasta las 36 semanas. Así entonces, la evidencia hoy disponible sugiere que el efecto de la tocolisis oral es sólo del tipo placebo (20).

La primera elección continúa siendo el uso de agonistas beta adrenérgicos por vía intravenosa

2.4.4 Beta miméticos:

Los agentes beta agonistas ejercen su acción tocolítica a través de los receptores beta 2 de la fibra miometrial. El betamimético más empleado es el fenoterol. En casos con dilatación cervical avanzada

(>5 cm.), la tocolisis puede mantenerse hasta completar el esquema de inducción de madurez pulmonar. Con posterioridad a la suspensión de la tocolisis parenteral la paciente debe mantener reposo en cama, durante al menos 7 días. Las pacientes candidatas a manejo ambulatorio (dilatación cervical <2cm.) deben ser especialmente instruidas en el reconocimiento precoz de los síntomas premonitorios de trabajo de parto prematuro.

2.5.- Complicaciones postoperatorias:

- Hemorragia de origen apendicular.
- Evisceración por mala técnica.
- Ileo adinámico.
- Dehiscencia del muñón apendicular.
- Infección del tracto urinario.
- Fístula estercorácea.
- Infección de la herida operatoria.
- Absceso intraabdominal.
- Adherencias y Bridas.

En las apendicitis agudas sin perforación en 5% de casos hay complicaciones. En las apendicitis agudas con perforación las complicaciones se presentan en un 30% de casos. Habitualmente el

curso postoperatorio de una apendicitis aguda sin perforación es de una evolución sin sobresaltos y hay una enorme diferencia con la recuperación tormentosa que acompaña a la extirpación de un apéndice perforado con gangrena y con peritonitis; lo cual resalta la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos.

2.5.1.- Infección de la Herida Operatoria

Las infecciones de la herida son causadas por gérmenes fecales principalmente bacteroides frágiles, a los que siguen en frecuencia aerobios Gram (-);R. Coli Klebsiella, Enterobacter,. Los signos de infección; dolor, tumor, calor y rubor quizás no se encuentren. Los signos iniciales de la infección de herida operatoria son dolor excesivo y además molestias alrededor de la herida operatoria de infección local (1,3,8,44).

Si se presentan estos signos deben abrirse de inmediato piel y tejidos subcutáneos. No debe esperarse salida de pus, pues sólo conforme se licúa la grasa necrosada aparece pus.

2.5.2.- Abscesos Intraabdominales

Suelen deberse a contaminación de la cavidad con microorganismos que escapan del apéndice gangrenoso o

perforado, también pero con menor frecuencia es debido a derrame transoperatorio.

El absceso se manifiesta por fiebre alta o en agujas, con fiebre, malestar y anorexia recurrente.

Los abscesos pélvicos producen diarrea y pueden ser palpados al tacto vaginal o rectal; en algunos casos drena espontáneamente a vagina o recto.

El absceso subfrénico se puede diagnosticar por signos de derrame al tórax suprayacente e inmovilidad del diafragma afectado.

El absceso intraabdominal puede requerir laparotomía exploratoria para su diagnóstico.

2.5.3 Fístula Cecal o Estercorácea

Puede deberse a :

- Retención de Cuerpo Extraño como grasa.
- Puntos muy apretados.
- Ligadura deficiente del muñón apendicular que se deslizó sin haberse
- invertido

- Erosión de la pared del ciego por un dren.
- Retención de una porción apendicular.
- Enteritis Regional.

La mayor parte de Fístulas cierran espontáneamente, todo lo que se requiere es que el trayecto se conserve abierto, hasta que se suspenda el drenaje.

Las fístulas fecales no se cierran espontáneamente, si queda punta de apéndice, cuerpo extraño o si el intestino está obstruido distal a la fístula o si la mucosa del intestino quedó en continuidad con la piel. En estos casos el cierre de la fístula requiere operación (1,3,8,44).

2.5.4 Íleo Paralítico o Adinámico

En las primeras 24 horas se espera la presencia de un íleo reflejo debido al espasmo producido por la manipulación y cuya resolución es en el postoperatorio inmediato. Sin embargo puede persistir como resultado de una peritonitis generalizada o una apendicitis complicada; su resolución es lenta y el tratamiento de orden médico: Hidratación con reposición de electrolitos, sonda nasogástrica y antibióticos específicos(1,3,8,44).

Se debe realizar una observación cuidadosa del paciente para detectar una obstrucción mecánica como resultado de adherencias postoperatorias tempranas que sí requerirían tratamiento quirúrgico de emergencia.

2.5.5 Dehiscencia del Muñón Apendicular

Se puede presentar desde el 2do ó 3er día, y puede ser debido a ligadura inadecuada del muñón, o por la administración indebida de un enema evacuante que distiende el intestino y hace que se rompa en el punto más débil, por ello nunca se debe indicar enemas luego de cirugía abdominal. El tratamiento inmediato es laparotomía exploradora y cecostomía con antibióticos específicos (1,3,8,44).

2.5.6 Hemorragia

Dolor abdominal súbito y shock hipovolémico en cualquier momento de las primeras 72 horas de la apendicectomía puede significar filtración a partir del muñón o el deslizamiento de una ligadura arterial; con frecuencia la hemorragia es gradual y se origina de un vaso del mesoapéndice o de una adherencia seccionada, no advertida en la operación. Se explora la incisión removiendo la masa de sangre coagulada de la cavidad pélvica y parietocólica derecha, ubicándose el sitio de la hemorragia. Se deja un buen drenaje (1,3,8,44).

2.5.7 Complicaciones Tardías

- Eventración. A través de la incisión en fosa iliaca derecha con antecedentes de infección prolongada y drenaje grande en el sitio de la eventración.
- Obstrucción mecánica Producida por la presencia de bridas intestinales; más frecuentes en las apendicitis complicadas.
- Infertilidad. Un absceso en fosa ilíaca derecha en mujeres puede provocar obstrucción de las trompas hasta en un 31% (1,3,8,44).

2.6.- Complicaciones obstétricas :

2.6.1.- Parto prematuro

Se denomina parto prematuro al que se produce entre las 28 y 36 semanas de gestación. La frecuencia oscila entre el 2 y el 12 % del total de nacimientos. Esta amplia variación de las diversas estadísticas se debe muy probablemente a las diferencias por errores en la estimación de la edad gestacional cuando está se calcula sólo por la fecha de la última regla. También puede obedecer a las distintas características de las poblaciones estudiadas.

En cuanto a la etiología las principales causas de acortamiento de la duración del embarazo (partos de pretérmino), y que están fuertemente asociadas a los 3 grandes factores ambientales, socioeconómicos y educacionales.

2.6.2.- Amenaza de parto prematuro

Se basa en tres pilares: la edad del embarazo, las características de las contracciones y el estado del cuello uterino. Cuando estos signos y síntomas nos son del todo evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de factores que elevan el riesgo de prematuridad (partos previos de pretérmino, infección urinaria, rotura prematura de membranas, etc). La edad del embarazo oscila entre las 20 y 36 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen la edad gestacional.

Las contracciones uterinas se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa. Su frecuencia deberá exceder los valores normales para la edad del embarazo.

En el cuello uterino se deben apreciar modificaciones con relación al último examen vaginal realizado. Los principales signos a tener en cuenta son el borramiento, la dilatación y la posición del

cuello uterino, así como el apoyo de la presentación sobre el mismo y el estado de las membranas ovulares.

2.6.3.- Aborto

Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de la 20 semana de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos. Se divide a este cuadro en dos grandes grupos; aborto espontáneo , o sea los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos, y el otro grupo es el aborto provocado, aquellos que se induce premeditadamente al cese del embarazo.

CAPITULO III
MATERIALES Y METODOS

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal retrospectivo con el objeto de evaluar la incidencia, manejo y complicaciones de la Apendicitis Aguda en gestantes del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de Enero de 1995 a Diciembre de 2005.

3.2 Población de estudio

Para tal caso se procedió a revisar en el área de estadística de nuestro hospital, obteniéndose un número determinado de historias clínicas, que fueron corroboradas en los libros de registro de hospitalización del Servicio de Cirugía y Ginecobstetricia respectivamente, logrando extraer los números de historia clínica específico para cada caso, finalmente se ubicaron las mismas en el área de archivo.

Para la ejecución de este trabajo de investigación, se revisaron un total de 19 historias clínicas en base a los siguientes criterios:

3.2.1 Criterios de Inclusión :

- Gestantes de cualquier edad con diagnóstico de apendicitis Aguda sometidos a apendicectomía.

- Gestantes con historia clínica y resultados de laboratorio completos.

3.2.2 Criterios de Exclusión :

- Gestantes con historia clínica incompleta.
- Gestantes cuyo diagnóstico postoperatorio no corresponde a Apendicitis Aguda.

3.3 Diseño del estudio

Para la realización de este trabajo se realizo en tres fases:

Fase I

La elaboración de un proyecto de investigación.

Fase II

Por ser un trabajo retrospectivo los datos de los pacientes fueron tomadas de las historias clínicas en una ficha ya confeccionada (ver anexos) teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados.

Fase III

Se procedió a revisar en los servicios de estadística del hospital en estudio obteniéndose los números de historias clínicas y finalmente se ubicaron las historias en los servicios de archivo.

La información se obtuvo a través de una ficha elaborada para tal fin, es decir registrar la información necesaria de cada paciente en relación, a los objetivos de estudio, de ésta manera fueron consignados datos como edad, estado civil, grado de instrucción, tiempo de enfermedad, edad gestacional, fecha de apendicectomía, tiempo operatorio, tipo de diagnóstico, tipo de tratamiento, complicaciones maternas y obstétricas postoperatorias , además de la condición de alta.

Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 12 y la presentación de datos se realizó mediante cuadros de frecuencia relativa y absoluta a través de porcentajes.

Todos estos casos fueron atendidos por el Servicio de Cirugía conjuntamente con el Servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de Enero de 1995 a Diciembre del 2005.

CAPITULO IV
RESULTADOS

**" APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005"**

TABLA 1.

INCIDENCIA POR AÑOS Y TOTAL DE APENDICITIS AGUDA EN EL
EMBARAZO

AÑO	APENDICITIS		INCIDENCIA
	TOTAL DE PARTOS	EMBARAZO	
1995	2535	2	0.000788
1996	2594	1	0.000385
1997	2640	1	0.000378
1998	2595	1	0.000385
1999	3013	3	0.000995
2000	2934	1	0.000340
2001	2739	2	0.000730
2002	3221	1	0.000310
2003	3242	2	0.000616
2004	3497	4	0.001143
2005	3720	1	0.000268
TOTAL	32730	19	0.0005805

FUENTE: Ficha de recolección de datos (ver anexo)

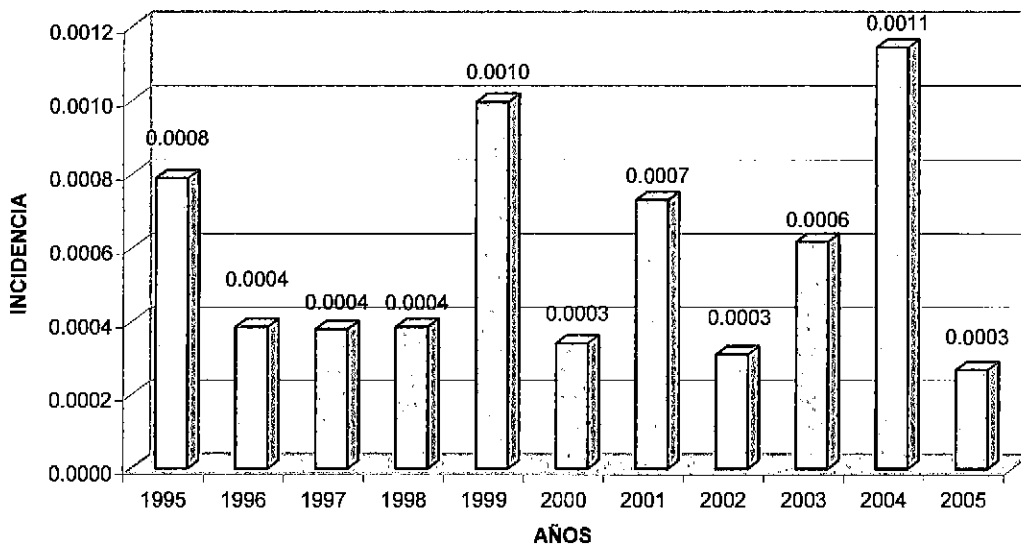
Promedio de pacientes por año : $19/11 = 1.7$ pac. x año

TABLA 1 :La incidencia total de Apendicitis Aguda en el embarazo, para los 11 años de estudio fué en promedio 0.058 gestantes por 1000 partos, 0.58 pacientes por 1000 partos ó 5,8 pacientes por 10 000 partos. La mayor incidencia se encontró en el año 2004 (0.11 %) y la más baja en el año 2005 (0.026 %), con un promedio total de incidencia de 0,006. El promedio de pacientes por año fué 1.7.

**" APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005"**

GRAFICO 1.

INCIDENCIA POR AÑOS Y TOTAL DE APENDICITIS AGUDA EN EL
EMBARAZO



**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 2.

DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS PORTADORAS DE APENDICITIS
AGUDA POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	APENDICITIS AGUDA					
	COMPLICADA		NO COMPLICADA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
14 - 23	2	25.00%	6	75.00%	8	42.11%
24 - 33	1	11.11%	8	88.89%	9	47.37%
34 - 43	1	50.00%	1	50.00%	2	10.53%
TOTAL	4	21.05%	15	78.95%	19	100.00%

FUENTE : Ficha de recolección de datos (ver anexo)

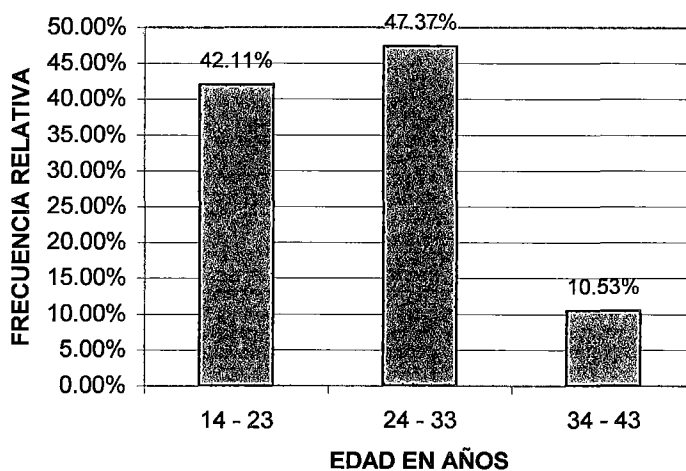
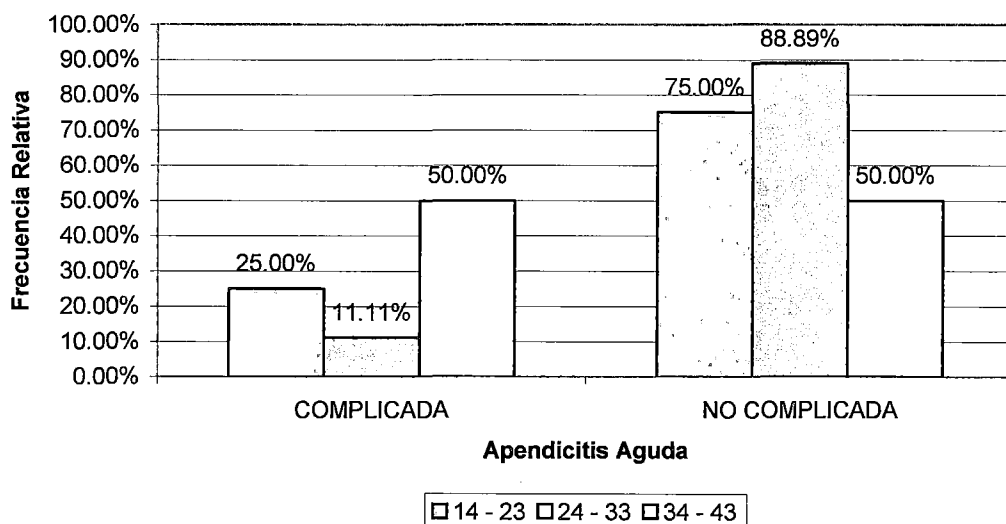
TABLA 2.

La edad que representó mayor frecuencia en el embarazo con Apendicitis Aguda está dentro del grupo etáreo de 24 – 33 años de edad que corresponde a un 47.37 %. Además se puede observar que de este grupo etáreo corresponde la mayoría a apendicitis aguda no complicada el 88.89%, má aún se puede observar una tendencia a la complicación de la apendicitis en grupos de menor edad como el de 14 a 23 con el 25% comparado con el grupo de 24 a 33 años con el 11.11%.

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

GRAFICO 2.

DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS PORTADORAS DE APENDICITIS
AGUDA POR GRUPOS DE EDAD Y TIPO DE APENDICITIS AGUDA



**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 3.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS GENERALES	APENDICITIS AGUDA				TOTAL	
	COMPLICADA		NO COMPLICADA		N	%
	N	%	N	%		
ESTADO CIVIL						
SOLTERA	1	20.00%	4	80.00%	5	26.32%
CASADA	0	0.00%	5	100.00%	5	26.32%
CONVIVIENTE	3	33.33%	6	66.67%	9	47.37%
TOTAL	4	21.05%	15	78.95%	19	100.00%
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
PRIMARIA COMPLETA	0	0.00%	2	100.00%	2	10.53%
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	20.00%	4	80.00%	5	26.32%
SECUNDARIA COMPLETA	2	25.00%	6	75.00%	8	42.11%
SUPERIOR INCOMPLETO	1	33.33%	2	66.67%	3	15.79%
SUPERIOR COMPLETO	0	0.00%	1	100.00%	1	5.26%
TOTAL	4	21.05%	15	78.95%	19	100.00%

FUENTE : Ficha de recolección de datos (ver anexo)

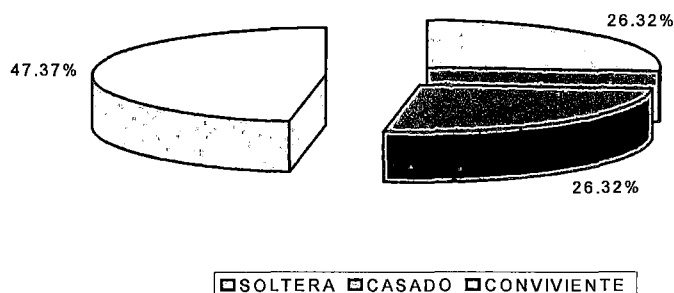
TABLA 3. : El estado civil y grado de instrucción que presentaron las pacientes con Apendicitis aguda durante la gestación en mayor frecuencia fue: convivencia con 09 casos que corresponde a 47.37 %, además se observa que las pacientes casadas no tienen incidencia de apendicitis aguda complicada caso contrario sucede con las pacientes solteras y convivientes que tienen mayor incidencia de Apendicitis Aguda Complicada en el caso de grado de instrucción la mayoría de pacientes tienen secundaria completa con 08 casos que corresponde a 42.11 % respectivamente. No hubieron analfabetas.

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

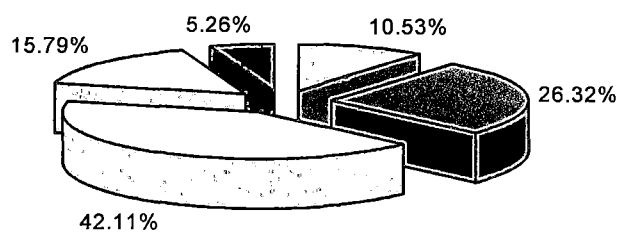
GRAFICA 3.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

ESTADO CIVIL



Grado de Instrucción



□ PRIMARIA COMPLETA	□ SECUNDARIA INCOMPLETA	□ SECUNDARIA COMPLETA
□ SUPERIOR INCOMPLETO	□ SUPERIOR COMPLETO	

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 4.

**DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZADAS PORTADORAS DE APENDICITIS
AGUDA SEGÚN EDAD GESTACIONAL**

TRIMESTRE	APENDICITIS AGUDA					
	COMPLICADA		NO COMPLICADA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
I TRIMESTRE	0	0.00%	6	100.00%	6	31.58%
II TRIMESTRE	3	37.50%	5	62.50%	8	42.11%
III TRIMESTRE	1	20.00%	4	80.00%	5	26.32%
TOTAL	4	21.05%	15	78.95%	19	100.00%

FUENTE : Ficha de recolección de datos (ver anexo)

P=0.1262

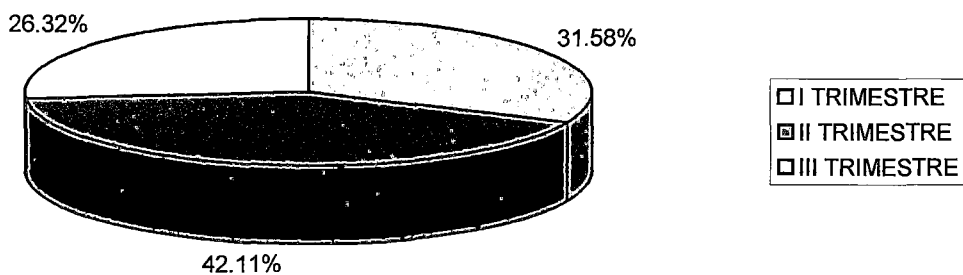
TABLA 4.

La mayor frecuencia de Apendicitis Aguda en gestantes se desarrolló en el II trimestre del embarazo con un porcentaje de 42.11 % que corresponde a 08 casos. Las pacientes en su I trimestre de gestación no tuvieron incidencia de Apendicitis Aguda Complicada y en el II y III trimestre tenemos un mayor porcentaje de complicación con 37.50% y 20 % respectivamente, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.1262)

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

GRAFICA 4.

DISTRIBUCIÓN DE EMBARAZADAS PORTADORAS DE APENDICITIS
AGUDA SEGÚN EDAD GESTACIONAL



**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 5.

DISTRIBUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: SEGÚN EL
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA EN EL
EMBARAZO

PROCEDIMIENTO	APENDICITIS AGUDA					
	COMPLICADA		NO COMPLICADA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
APENDICECTOMIA C/S DRENAJE	0	0%	14	93.30%	14	73.68%
APENDICECTOMIA + LAVADO DE CAVIDAD PERITONEAL+DRENAJE	4	100%	1	6.60%	5	26.32%
TOTAL	4	100%	15	100%	19	100.00%

FUENTE: Ficha de recolección de datos (ver anexo)

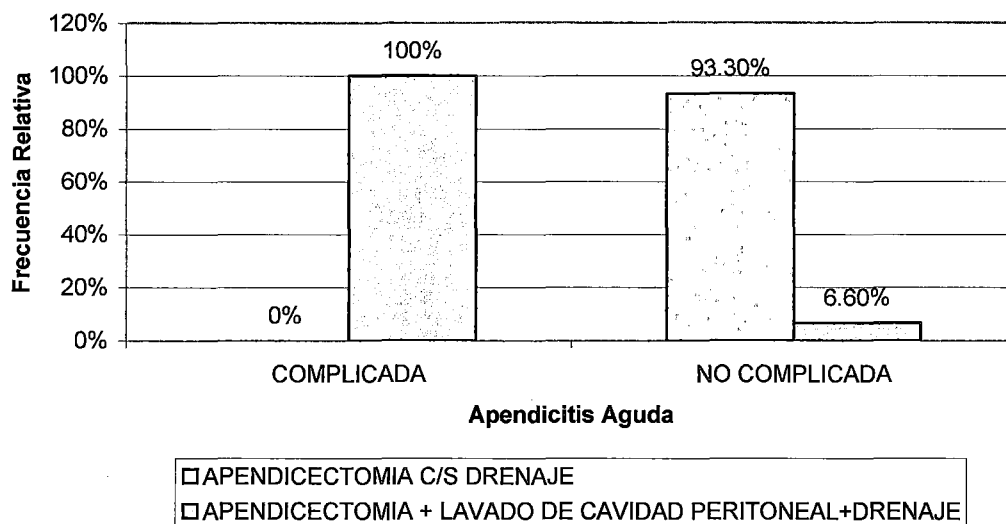
TABLA 5.

El procedimiento más usado fue la Apendicectomía con o sin drenaje (73.68 %). En el 100 % de Apendicitis Aguda Complicada se utilizó Apendicectomía + Lavado de Cavidad Peritoneal + Drenaje. En 93.3 % de pacientes con Apendicitis Aguda No Complicada se utilizó la Apendicectomía con o sin drenaje.

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

GRAFICA 5.

DISTRIBUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: SEGÚN EL
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA EN EL
EMBARAZO



**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 6.

DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD POST OPERATORIA :
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y TIPO DE APENDICITIS AGUDA EN
EL EMBARAZO

INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA	APENDICITIS AGUDA				TOTAL	
	COMPLICADA		NO COMPLICADA		No	%
	No	%	N	%		
SI	3	75%	1	6.67%	4	21%
NO	1	25%	14	93.33%	15	79%
TOTAL	4	100%	15	100%	19	100%

ABSCESO RESIDUAL						
SI	1	25%	0	0%	1	5.26%
NO	3	75%	15	100	18	94.74%
TOTAL	4	100%	15		19	100.00%

FUENTE : Ficha de recolección de datos (ver anexo)

INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA	X2	P=0.002859
	PEF	P=0.015737
ABSCESO RESIDUAL	X2	P=0.046639
	PEF	P=0.2185

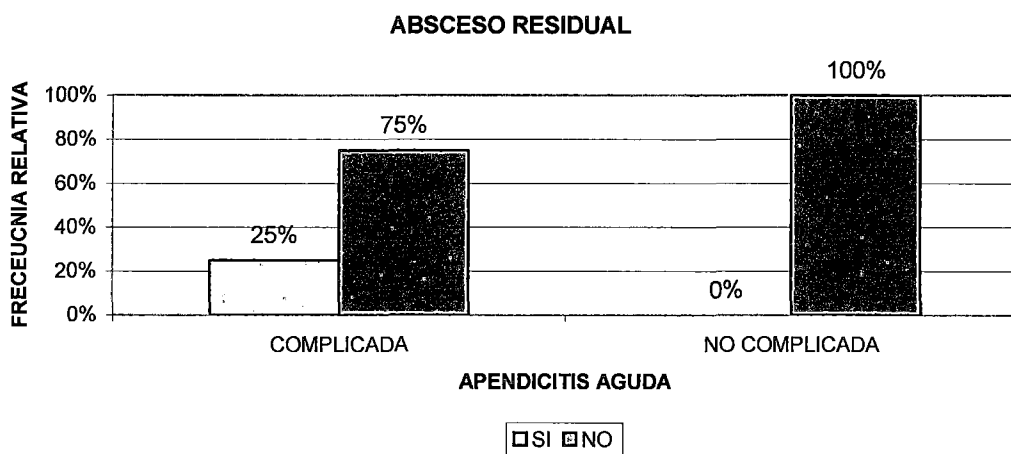
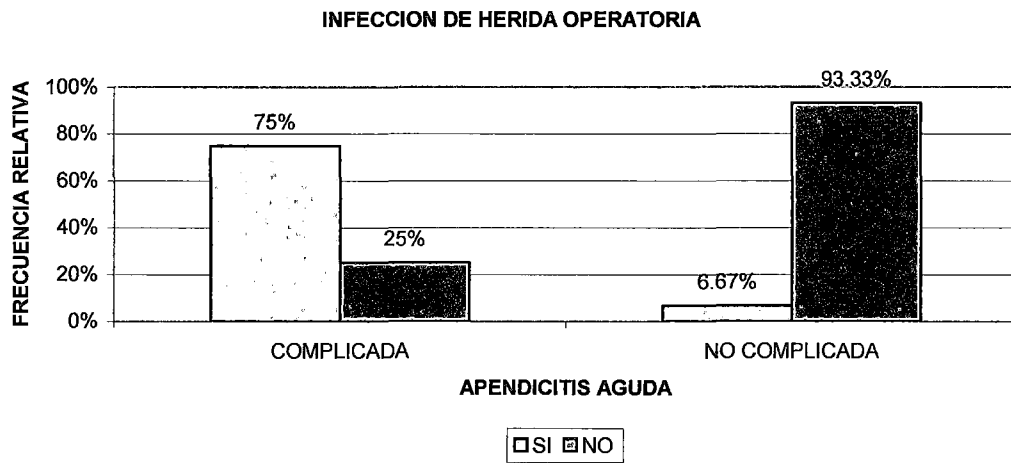
TABLA 6.

En la gestante la Apendicitis Aguda Complicada tiene mayor incidencia de infección de herida operatoria con el 75% del total de pacientes y un $p = 0.002$, que evidencia un riesgo significativo para esta complicación. Es preciso mencionar que el Absceso residual presentó mayor incidencia en el 25 % de pacientes con Apendicitis Aguda Complicada pero con $p = 0.0466399$ para **chi cuadrado** siendo ésta diferencia estadísticamente significativa

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 6.

DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD POST OPERATORIA :
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y TIPO DE APENDICITIS AGUDA EN
EL EMBARAZO



**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 7.

DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD POST OPERATORIA :
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y TIPO DE PROCEDIMIENTO
QUIRURGICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL EMBARAZO

PROCEDIMIENTO	COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Apendicectomía C/S drenaje	1	7%	13	93%	14	74%
Apendicectomía + lavado de cavidad peritoneal + drenaje	5	100%	0	0%	5	26%
TOTAL	6	32%	13	68%	19	100%

FUENTE : Ficha de recolección de datos (ver anexo)

TABLA 7.

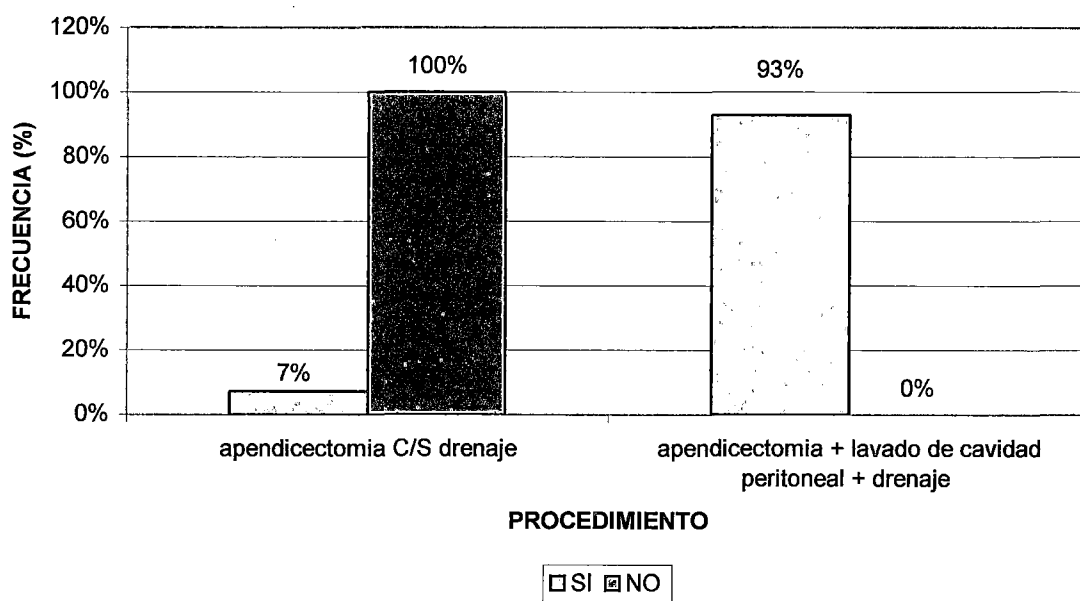
En la tabla se observa que al 74% del total de pacientes gestantes con Apendicitis Aguda se les practicó Apendicetomía C/S drenaje. De los cuales el 7% presentó complicaciones quirúrgicas.

Así mismo al 100% de pacientes que se les practicó Apendicetomía mas lavado de cavidad peritoneal mas drenaje, presentó complicaciones quirúrgicas.

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

GRAFICA 7.

DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD POST OPERATORIA :
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y TIPO DE PROCEDIMIENTO
QUIRURGICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL EMBARAZO



**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 8.

DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS, EN ORDEN
DE FRECUENCIA SEGÚN EL DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO DE
APENDICITIS AGUDA EN EL EMBARAZO

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	APENDICITIS AGUDA					
	COMPLICADA		NO COMPLICADA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	3	75.00%	3	20.00%	6	31.58%
PARTO PRETERMINO	1	25.00%	1	6.67%	2	10.53%
AMENAZA DE ABORTO	0	0.00%	1	6.67%	1	5.26%
SIN COMPLICACIÓN	0	0.00%	10	66.67%	10	52.63%
TOTAL	4	21.05%	15	78.95%	19	100.00%

FUENTE : Ficha de recolección de datos (ver anexo)

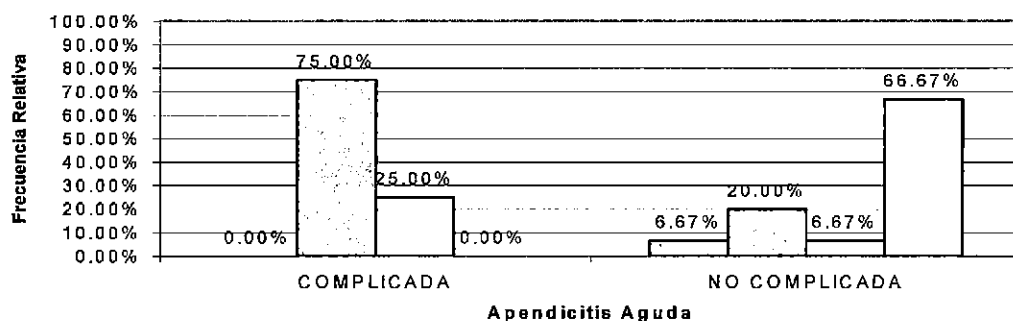
TABLA 8.

Las complicaciones obstétricas postquirúrgicas en las pacientes gestantes con Apendicitis Aguda Complicada y No Complicada, más frecuentes son la Amenaza de Parto Pretérmino en un total de 31.58 % y el Parto Pretérmino en un 10.53 % respectivamente, presentando un 52.63 % de pacientes que no tuvieron complicaciones.

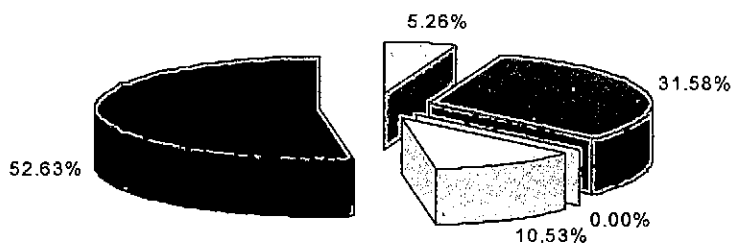
**" APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005"**

GRAFICA 8.

DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ORDEN
DE FRECUENCIA SEGÚN EL DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO DE
APENDICITIS AGUDA EN EL EMBARAZO



AMENAZA DE ABORTO AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
 PARTO PRETERMINO SIN COMPLICACION



AMENAZA DE ABORTO AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ABORTO
 PARTO PRETERMINO SIN COMPLICACION

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 9.

DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD OBSTETRICA : COMPLICACIONES
OBSTETRICAS Y TIPO DE APENDICITIS AGUDA EN EL EMBARAZO

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	APENDICITIS AGUDA				TOTAL	
	COMPLICADA		NO COMPLICADA		No	%
	N	%	N	%		
SI	4	100%	5	33.30%	9	47.36%
NO	0	0%	10	66.00%	10	52.63%
TOTAL	4		15	100	19	100%

FUENTE :Ficha de recolección de datos

X2 P=0.01765

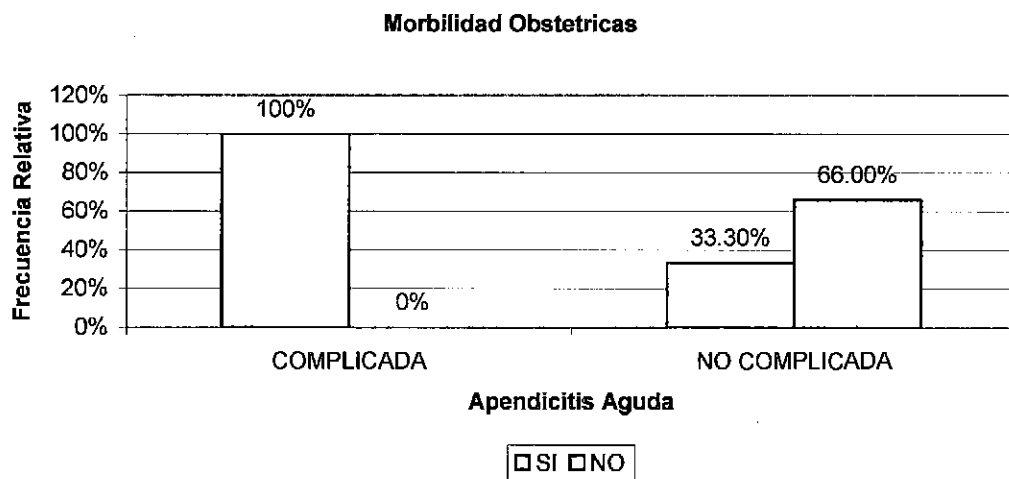
PEF P=0.032

TABLA 9: El 47.36 % de pacientes hicieron complicaciones obstetricias. De las pacientes con Apendicitis Aguda Complicada el 100 % hizo complicaciones obstétricas a diferencia de las gestantes con Apendicitis Aguda No Complicada que presentaron complicación obstétrica en un 33.3 % siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un $p=0.032$ para la Prueba estadística de fisher; es decir la complicación de la Apendicitis Aguda aumenta en 3 veces el riesgo de sufrir una complicación obsterica.

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

GRAFICA 9.

DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD OBSTETRICA : COMPLICACIONES
OBSTETRICAS Y TIPO DE APENDICITIS AGUDA EN EL EMBARAZO



**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005”**

TABLA 10.

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y TIPO DE PROCEDIMIENTO
QUIRÚRGICO EN LA APENDICITIS AGUDA EN EL EMBARAZO**

PROCEDIMIENTO	COMPLICACIONES OBSTETRICAS				TOTAL	
	SI		No		No	%
	No	%	No	%		
APENDICECTOMIA C/S DRENAJE	5	35.71%	9	64.29%	14	73.68%
APENDICECTOMIA + LAVADO DE CAVIDAD PERITONEAL + DRENAJE	4	80.00%	1	20.00%	5	26.32%
TOTAL	9	47.37%	10	52.63%	19	100.00%

FUENTE : Ficha de recolección de datos (ver anexo)

X² P=0.0886

PEF P=0.1191

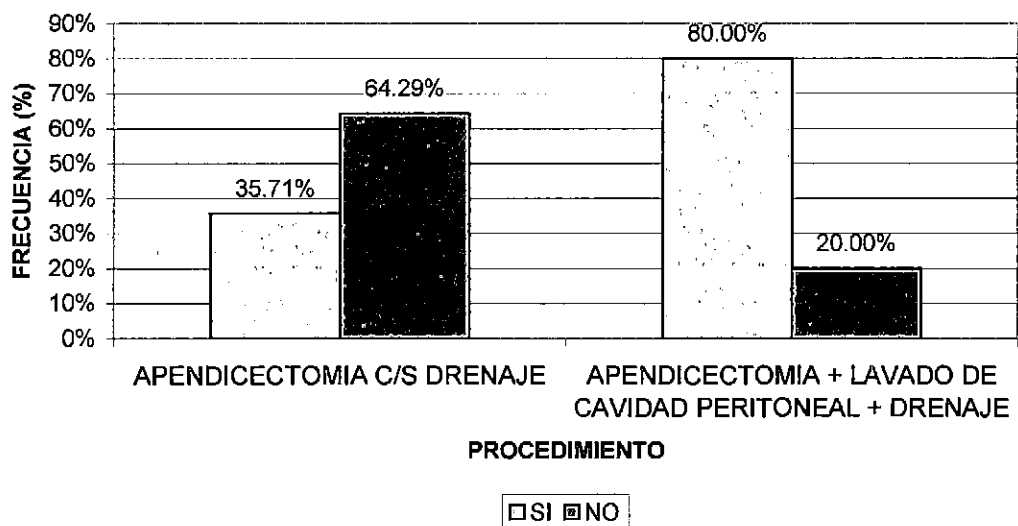
TABLA 10. En esta tabla se aprecia que hay una preferencia por el procedimiento quirúrgico de Apendicectomía con ó sin drenaje con 14 casos el 73.68% del total de gestantes con Apendicitis Aguda y con relación a las complicaciones de este total 14 tenemos que 5 (35.71%) hicieron complicaciones obstétricas.

A diferencia del procedimiento Apendicectomía + lavado de cavidad peritoneal + drenaje que se hizo en 5(26.32%) del total de gestantes hubo, en 4 es decir el 80% tuvo complicaciones obstétricas.

**“ APENDICITIS AGUDA EN GESTANTES: INCIDENCIA, MANEJO Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE
DE TACNA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 1995 A DICIEMBRE DEL
2005**

GRAFICO 10.

GESTANTES CON APEDICITIS AGUDA SEGÚN COMPLICACIONES
OBSTETRICAS DE ACUERDO A MANEJO QUIRURGICO



CAPITULO V
DISCUSION Y COMENTARIOS

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El diagnóstico preciso y el tratamiento quirúrgico de la Apendicitis Aguda en las embarazadas plantea un desafío para el cirujano y ginecobstetra. Los retrasos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento definitivo de estos trastornos, son los que condicionan el riesgo de mayor importancia para que desarrollen complicaciones postoperatorias y obstétricas afectando la salud tanto materna como fetal (22,56,57).

Tabla 1. En este trabajo de investigación se encontró que de 32 730 nacimientos, se registraron 19 casos de Apendicitis Aguda en mujeres gestantes, lo que equivale a 1 caso por cada 1 723 partos, cifra que se encuentra dentro de los rangos reconocidos por la literatura mundial que es de 1 por cada 300 nacimientos a 1 por cada 10 000 nacimientos (16,21,57). En los 11 años de estudio, se encontró que la mayor incidencia fue en el año 2004 con un 0.11 % del total de partos y la menor incidencia fue en el año 2005 con 0.026 %, lo que se puede apreciar en la FIGURA 1 , donde se observa que el número de casos por año se ha mantenido, aumentando el número de nacimientos lo que hace que esta incidencia disminuya, a excepción del año 2004 en el cual se presentó una frecuencia mayor de casos.(56,57)

TABLA 2. En cuanto a la edad de las pacientes gestantes con Apendicitis Aguda de los 19 (100 %), el 47.37 % corresponde al grupo etáreo de 24 a 33 años, correspondiendo el 88.89 % de éstas, a cuadros de Apendicitis Aguda No Complicada. Es preciso mencionar que hay cierta tendencia a la complicación del cuadro apendicular en pacientes gestantes de menor edad, es decir aquellas que se encuentran entre los 14 a 23 años con un 25 %, a diferencia de aquellos casos con cuadro apendicular complicado que se encuentran entre los 24 y 33 años con un 11.1% FIGURA 2. Este rango es aceptable, si se observa la población gestante usuaria del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Además este rango coincide con la edad fértil de la mujer y con la mayoría de las series estudiadas lo que nos lleva a concluir que la edad no es un factor importante en la producción de Apendicitis Aguda en el embarazo. Cabe mencionar sin embargo que el rango de edad coincide con estudios que reportan el intervalo de 19 a 34 años. (23,57)

TABLA 3. En cuanto al estado civil de las gestantes con Apendicitis Aguda , la convivencia se presenta con mayor frecuencia , en un 47.37% (9 casos) sin embargo se observa que las gestantes casadas no tienen complicación del cuadro apendicular a diferencia de las gestantes solteras que presentan mayor Apendicitis Aguda Complicada, en un 20.00%; lo que concuerda con el medio socio-económico en la que ésta población se encuentra (57). Al analizar el grado de instrucción de gestantes con diagnóstico post operatorio de Apendicitis Aguda Complicada y No Complicada, la mayor parte de

pacientes tienen secundaria completa con un 25 y 75 % respectivamente . Se comenta además que el Hospital en estudio atiende a una población con bajo grado de analfabetismo lo que coincide con la investigación ya que no se reporta ninguna paciente analfabeta (57).

TABLA 4. Según la edad gestacional en la que predominó con mayor frecuencia la Apendicitis Aguda en gestantes, en nuestro estudio fué en el segundo trimestre del embarazo con un porcentaje de 42.11% concordando con los estudios donde se vió que la mayor incidencia se encontró en el segundo trimestre (23), lo que se repite en casi todas las series con excepción de un estudio de Black y Babaknia donde obtienen la misma incidencia en los tres trimestres (17,23,57) y otro estudio donde se desarrolló con mayor frecuencia en los 2 primeros trimestres de la gestación (23). En nuestro estudio se encontró que los casos de Apendicitis Aguda en el primer trimestre de la gestación no tienen complicación del cuadro apendicular a diferencia del segundo trimestre en la cual se presentó complicación apendicular en un 37.50 % y del III trimestre con 20 % pero esta diferencia no fué estadísticamente significativa.

TABLA 5. El procedimiento quirúrgico más usado en gestantes con Apendicitis Aguda es la apendicetomía con o sin drenaje con un 73.68 por ciento, a predominio de las gestantes con Apendicitis Aguda No Complicada con un 93.30 por ciento de estas. En el 100 por ciento de las Apendicitis

Aguda Complicada en nuestro estudio se observó que se utilizó la apendicectomía más lavado de cavidad peritoneal más drenaje. Sin embargo no se encontraron estudios similares al respecto.

TABLA 6. Con respecto a las pacientes con diagnóstico postoperatorio de Apendicitis Aguda en el embarazo, se encontró diferencia estadísticamente significativa a la Infección de Herida Operatoria ya que tuvo un valor de $p=0.002859$, predominantemente en las gestantes con Apendicitis Aguda Complicada comparada con otros estudios (57). La Infección de Herida Operatoria obtuvo un porcentaje de 75 % en gestantes con diagnóstico postoperatorio de Apendicitis Aguda Complicada y en la No Complicada el porcentaje fue de 6.67 % haciendo un total en ambas de 21.05 % coincidiendo con otros estudios, donde se encontró 23.1 % gestantes con Apendicitis Aguda (17,21,57).

Otras complicaciones que también se asocian con el diagnóstico postoperatorio se encontró al Absceso Residual con un valor de $P=0.0466399$, por lo que se afirma que ésta variable es estadísticamente significativa, por lo tanto se asocia con el diagnóstico postoperatorio por tener un valor de $p<0,05$. Las complicaciones postoperatorias que no estuvieron presentes en este estudio fueron : Bridas y Adherencias, Eventración, Obstrucción Intestinal, Fístula Estercorácea, Dehiscencia de Muñón Apendicular, Evisceración, porque no se encontraron gestantes con estas complicaciones postoperatorias fueron retirados del modelo y eliminados del análisis.

TABLA 7. En la tabla se observa que al 74% del total de pacientes gestantes con Apendicitis Aguda se les practicó Apendicetomía C/S drenaje. De los cuales el 7% presentó complicaciones quirúrgicas, a diferencia de las pacientes gestantes a quienes se les practico practicó Apendicetomía mas lavado de cavidad peritoneal mas drenaje de las cuales el 100% presentaron complicaciones quirúrgicas, lo cual podría deberse a que hay mayor manipulación durante el procedimiento y quizás mayor contaminación al tratarse de apendicitis agudas complicadas.

TABLA 8. Mientras que las complicaciones obstétricas que tuvieron asociación con el diagnóstico postoperatorio en Apendicitis Aguda durante la gestación, fueron: la Amenaza de Parto Pretérmino con un valor de $p=0.06$ y Parto Pretérmino con un valor de $p=0.07$, estas variables alcanzan un valor estadístico $>$ de 0.05, por lo que demostró que las complicaciones obstétricas mencionadas no tienen relación con el diagnóstico postoperatorio.

El 31.58 %de gestantes con Apendicitis Aguda presentó Amenaza de Parto Pretérmino correspondiendo el 75 % a Apendicitis Aguda Complicada y el 20 a Apendicitis Aguda No Complicada en comparación con otros estudios, donde se encontró 53.8 % (17, 18, 57). Se puede comentar en nuestro estudio se desarrolló menor número de estas complicaciones.

En cuanto a la Amenaza de Aborto ésta se presentó en un 6.67 por ciento y Aborto 0 por ciento lo que no concuerda con otros estudios donde, se encontró una mayor frecuencia de aborto 22.2 %.(19). Esto se debe quizá a que la mayor parte de casos estudiados se presentó en la mitad del embarazo. Las complicaciones como Endometritis, Obito fetal, Ruptura Prematura de Membranas, no estuvieron presentes en el estudio (fueron constantes para los casos seleccionados), por lo que fueron retirados.

TABLA 9. El 47.36% de pacientes presentaron complicaciones obstétricas a diferencia de otros estudios 83 % (58). Es preciso mencionar que el 100 % de las gestantes con Apendicitis Aguda Complicada tuvieron complicaciones obstétricas, en comparación con el 33.3 % de gestantes con Apendicitis Aguda No Complicada, que no la presentó, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p=0.01765$, quizá podría deberse a la mayor manipulación uterina y procedimiento que se emplean en los cuadros de Apendicitis Aguda Complicada en las gestantes.

TABLA 10. En esta tabla se aprecia que hay una preferencia por el procedimiento quirúrgico de Apendicectomía con ó sin drenaje con 14 casos el 73.68% del total de gestantes con Apendicitis Aguda y con relación a las complicaciones de este total 14 tenemos que 5 (35.71%) hicieron complicaciones obstétricas.

A diferencia del procedimiento Apendicectomía mas lavado de cavidad peritoneal mas drenaje que se hizo en 5(26.32%) del total de gestantes hubo en 4 es decir el 80% tuvo complicaciones obstétricas. Estas observaciones en esta tabla y con lo comentado en la tabla anterior respecto 100 % de las Apendicitis Aguda Complicada en nuestro estudio se observó que se utilizó la apendicectomía más lavado de cavidad peritoneal más drenaje, hace deducir que existe una relación entre la complicación de la apendicitis con las posibles complicaciones obstétricas al observar que el alto porcentaje de complicaciones que presenta este tipo de procedimiento, pero tiene un valor de $p=0.0886$ y no demuestra una diferencia estadísticamente significativa.

Se menciona además que por la falta de protocolo y uniformidad en el manejo de antibióticos y tocolíticos en la Apendicitis Aguda durante el Embarazo en el periodo estudiado, en nuestro Hospital es que no se cruzaron variables tales como las complicaciones obstétricas asociadas al uso de tocolíticos, de igual forma no se asoció las complicaciones posquirúrgicas maternas con el uso de antibióticos.

CAPITULO VI
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La incidencia total de Apendicitis Aguda en el embarazo durante el periodo de estudio fué de 0.058 gestantes con Apendicitis aguda x 1000 partos, siendo la incidencia mas alta en el año 2004 con 0.11 % y la mas baja en el año 2005 con un 0.026 %, además un promedio de 1.7 pacientes por año.
2. La edad promedio de las pacientes fué de 23 años, con el rango más frecuente de edad entre 24 a 33 años. Las menores de 34 años se constituyeron en el 89.4 %.
3. El Estado Civil de conviviente fue el más frecuente con 47.37 %. No hubieron analfabetos.
4. La Apendicitis Aguda se presentó más en el II trimestre de gestación con un 42.1 %.
5. La Apendicitis Aguda No Complicada se presenta en 78.95 % de pacientes.
6. La Apendicectomía con o sin Drenaje se utilizó en 93.3 % de pacientes con Apendicitis Aguda No Complicada y la Apendicectomía con Lavado de Cavidad Peritoneal y drenaje en el 100 % de pacientes con Apendicitis Aguda Complicada.
7. La principal complicación quirúrgica postoperatoria materna fue la Infección de Herida Operatoria (21 %), seguida del Absceso residual (5.26 %).

8. La principal complicación obstétrica fue la Amenaza de Parto Pretérmino (31.5 %), seguido del Parto Pretérmino (10.53 %) y Amenaza de Aborto (5.26 %).
9. No hubo mortalidad operatoria materna ni fetal.
10. Las pacientes con Apendicitis Aguda Complicada tuvieron mayor porcentaje de Infección de Herida Operatoria (75 %) que las gestantes con Apendicitis Aguda No Complicada (6.67 %), siendo ésta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.015$).
11. Las pacientes con Apendicitis Aguda Complicada tuvieron mayor frecuencia de Absceso Residual (25 %) que las pacientes con Apendicitis Aguda No Complicada (0 %), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0466399$).
12. El 100 % de las pacientes con Apendicitis Aguda Complicada presentaron Complicaciones Obstétricas a diferencia del 33.3 % de pacientes con Apendicitis Aguda No Complicada, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.01765$).
13. Las pacientes en que se practicó la Apendicectomía más Lavado de Cavidad Peritoneal más Drenaje tuvieron mayor incidencia de Complicaciones Obstétricas (80 %), que en las que se practicó la Apendicectomía con o sin Drenaje (35.7 %), pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.0886$).

CAPITULO VII
RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda investigar la asociación entre el tiempo de retraso en el diagnóstico y tratamiento de la Apendicitis Aguda en el embarazo con las complicaciones secundarias postoperatorias y obstétricas.
2. Se recomienda considerar en los estudios posteriores acerca de ésta patología el tipo de cierre ya sea primario o secundario y relacionarlo, con la incidencia de Infección de Herida Operatoria, ya que se ha comprobado que podría estar asociado a esta complicación, para así completar los estudios realizados hasta el momento.
3. Se recomienda capacitar al personal de los Hospitales y Centros de Salud, para llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno de ésta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. **SCHWARTZ, SHIRES, SPENCER**
Schwartz principios de cirugía. 1994 6ta edición editorial Interamericana
Mc Gravn Hill.
2. **PETER R. MCNALLY, DO,FACP**
Secretos de la Gastroenterología, 1998 1ra edición editorial
Interamericana Mc Graun Hill. Pag. 392-393.
3. **MARCOTÚLIO BACCARINI**
Urgencias medico quirúrgicas de Erazo, 2000 4ta edición, editorial
Interamericana Mc Gra\vn Hill. Pag. 325-331.
4. **HÉCTOR ECHAVARRIA ABAD**
Urgencias Quirúrgicas,1999 hospital Universitario del Valle. Cali. Acta
medica Valle Capitulo 5. Pag. 62-65
5. **CHRISTMANN OTTOLENGHI R.**
Técnica Quirúrgica, 2002 duodécima edición, editorial El Ateneo. Cap.
48, Pág. 843-853.
6. **J. BORETTI - C. LOVESIO**
Cirugía bases fisiopatologicas para su práctica,2004 Tomo III Cap. 96
Pag. 1401-1403.

7. TINTINALLI, KROME, RUIZ

Medicina de Urgencias, 2001 American College of Emergency Physicians, Tercera edición. Cap. 41, Pag. 383-385 y Cap. 59. Pag. 493-494.

8. DAVID C SABINSON

Sabinston, tratado de cirugía, 2002 editorial Interamericana Mc Graw Hill pág. 1051-1062.

9. ROBBINS

Patología estructural y funcional, 2002 5ta edición, editorial Interamericana Mc Graw Hill. Pág. 911-913.

10. FARRERAS, ROZMAN

Medicina Interna, 2001 Décimo Cuarta Edición, Editorial Harcourt, S.A, Capítulo 23, páginas 195-197.

11. ORTIZ FRUTOS

Cirugía, Semiología - fisiopatología clínica 2003 quirúrgica, Editorial el Ateneo, Capítulo 55, Páginas 55.1 - 55.9

12. HENRY HOLLINCHEAD

Anatomía Humana, 1997 Editorial La Médica, Parte II, Capítulo 20, Páginas 123 - 125.

13. P. FERRAINA-A. ORIA

Cirugía de Michans, 1999 Quinta Edición, Editorial el Ateneo, Sección VI, Capítulo 43, Páginas 806-815.

14 SABISTON

TRATADO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA, 2000 16 Edición, Editorial Mc Graw Hill, Capítulo 45, 1051 – 1062.

HEMEROGRAFIA.

15 J. BALESTENA SÁNCHEZ

Apendicitis aguda durante la gestación. 2000 Hospital General Universitario "Abel Santamaría" **Rev Cubana Obstet Ginecol** 2002;28(1):24-8.

16 J. GUTIÉRREZ SÁNCHEZ

Apendicitis en el embarazo 2002 Hospital San Juan de Dios de Yarumal, Antioquia, Colombia **Cir Ciruj** /2001; 64(1): 22-28.

17 R. TAPIA, J. PACHECO, H. MALAVERRY

Progresos de Obstetricia y Ginecología 1996 Apendicitis aguda en la gestación y el puerperio Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Vol 42, N 3..

18 M. VEIGA Y J.MENDAÑA

Progresos de obstetricia y ginecología 1998 Abdomen agudo durante el embarazo, Servicio de Obstetricia y Ginecología, hospital

Arquitecto Marcide La Coruña. Volumen 41, Número 4, Prog. Obstet. Guinecol. 41:187-198.

19 CASTILLO FRANCO F.

Apendicitis Aguda en la gestación y en el puerperio, en el Hospital Arzobispo Loayza Lima - Perú 1985, tesis de Bachiller de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Humana Alberto Hurtado.

20 ESPINOZA CARRILLO N.

Complicaciones quirúrgicas no obstétricas durante la gestación, en el Hospital Cayetano Heredia de Lima - Perú 1990, tesis de Bachiller en Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Humana Alberto Hurtado.

21 VILLAREAL RODRÍGUEZ J.

Apendicitis aguda en el embarazo experiencia en el hospital Cayetano Heredia 1969-1989, el hospital Cayetano Heredia de Lima - Perú 1990, tesis de Bachiller en Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Humana Alberto Hurtado.

22 MATOS LAGOS AQUILES

Abdomen agudo quirúrgico no ginecológico en gestantes, en el Hospital Nacional Dos de Mayo ed 1989 a 1998, tesis para la obtención

del título de cirujano general, de la universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina, Lima , Mayo de 1999.

23 R. MORALES GONZALES

Apendicitis Aguda durante el embarazo, en el Hospital provincial Clínicoquirúrgico Docente "Cecilia Sánchez Manduley" Rev. Cubana Obstet. Guinecol. V.28 n.1 ciudad de la Habana enero –abril de 2002.

24 J.A. RODRÍGUEZ-MONTES

Complicaciones de la cirugía general y del aparato digestivo.

(Cir.Esp. 2001; 69;97)

25 GERARDO VEGA CHAVAJE

Cirugía laparoscópica y embarazo, Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C., Vol.5 No.2Abr- Jim.2004 pp 80-89

26 B.LANCASTER-JONES

Apendicectomía Convencional complicada: Resolución total vía laparoscópica, Presentación de un caso, Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C., Vol. 3No.3 Ene. - Abr. 2002, pp 34-37

27 MAURO SOTO GRANADOS

Cirugía laparoscópica en pacientes embarazadas, Caso clínico, Asociación Mexicana de Cirugía, A.C., Volumen 24, Número 3, Julio-Setiembre, 2002, pp 217-220.

28 SILVERIO MOTA

Apendicitis aguda durante el embarazo a termino, Monografía de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Sede Hospital de emergencias Miguel Grau, Es Salud, Lima, Enero 2000.

29 W. SÁNCHEZ ALE

Análisis del papel creciente de la laparoscopia en el manejo del abdomen agudo durante el embarazo, Ginecol. Obste. México 2001; Vol. 69(11):422 - 430.

30 COLORADO-VARGAS-O.

Embarazo y Apendicitis 2002 Ginecol.Obstet.Méx. 46(274): 115, 1979.

31 NAVA- CAJIGA-ESCOBAR

Apendicitis y Estado Grávido puerperal.2003 Ginec. Obstet. Méx.29 (176): 623, 1971.

32 SÁNCHEZ MANDULEY

Morbilidad y mortalidad de la Apendicitis aguda en los pacientes geriatricos 1990-1999, Rev Cubana Cir. 2002;41(I):28-32.

33 M. MORALES GUZMAN

Cierre primario vs cierre retardado en las apendicitis Complicadas, Rv. **Cirujano General Vol. 70. Número 5, Setiembre -Octubre 2002**

34 DAVID LEON- DAVID

Factores pronósticos en oclusión intestinal por adherencias postoperatorias, Rev Hosp Gral Dr. M Gea González, Vol 4, No. 4, Octubre- Diciembre 2001 Págs. 106-109 Artículo de revisión de cirugía.

36 CARLOS BAEZA-HERRERA

Análisis de costos: Metronidazol-Amikacina Versus monodosis preoperatoria de Certrioxona en apendicitis,Reporte preliminar. Cir Ciruj 2004; 12: 277-280

37 ALAIN SOTO LOPEZ

Eficiencia diagnóstica de la Apendicitis Aguda *Cir Ciruj* 2003. 71 204-209

38 BAHENA-APONTE JESÚS A.

Estado actual de la apendicitis, Julio-Septiembre 2003. Volumen 10, Número 3, pp 122-128.

39 A. VARGAS DOMÍNGUEZ

Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento Cirujano General Vol. 23 Núm. 3 -2001, pp-154-157

40 FRED MORGAN ORTIZ

Apendicectomía profiláctica con técnica invaginante durante la operación cesárea, Ginecol Obstret Mex 2001; Vol. 69(12):476-479.

41 JOSE CABALA CHIONG

Infección de herida operatoria en apendicitis aguda (iho a). Hospital Nacional del Sur. Arequipa. 1995.

42 MAURO SOTO GRANADOS

Tratamientos de las heridas quirúrgicas abdominales infectadas en el Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro. Presentación de una metodología de rescate. Cirujano General Vol. 26 Núm. 1 -2004.

OTROS (INTERNET)

43 Equipo Médico De Babysitio

Droga para el tratamiento a la amenaza del parto prematuro

<http://vwww.babvsitio.com/>

44 REIS NIETO J.A

Complicaciones postoperatorias, Clínica Reis Neto.Campinas. Sao paulo,Brasil. rcisneto@lcxxa.com.br

45 P. W. PUJADA, MORÓN A.

Cirugia general, Apendicitis Aguda <http://www.monograFias.com>

46 JOSE A. SÚMALA CARREGUI

Apendicectomía, operación del apéndice. Ultima actualización diciembre del 2004.

<http://www.Tuotromedico.com>

47 RICARDO FERRAD A; MD

Apendicitis aguda, Hospital Universitario Evaristo García,

Actualizado a 19-09-2004. <http://www.monografias.com>

48 J. ALBERTO MARIN

Apendicitis Aguda, cirugía digestiva y endocrina, Hospital Latinoamericano. jama9fo@prodigy.net.mx

49 CORELLA CALATAYUD

Complicaciones postoperatorias en abdomen, Hospital general universitario de Valencia <http://www.monograFias.com>

50 LUIZ DEL AGUILA HOYOS

Cirugia general, complicaciones Postoperatorias [http://
www.monografias.com](http://www.monografias.com)

51 R ADRIANZEN TATACHUCO

Infecciones quirúrgicas y antibióticos en cirugía, cirugía general. [http:// www.monografias.com](http://www.monografias.com)

52 VICTOR LOBOS P

Parto prematuro (PP), Universidad de Chile Facultad de Medicina Sede Centro Internado de Obstetricia.

53 M. LUISA HUAMAN MALLA

Peritonitis , cirugía general. [http:// www.monografias.com](http://www.monografias.com)

54 ATILLO ROMERO PINEDA

Eficacia de la Cefazolina en dosis única como profilaxis de infección de herida operatoria a pacientes con Apendicitis Aguda no complicada. Tesis presentada para optar el titulo de medico cirujano realizado en el H.R.H.D. Noviembre a Diciembre 2002 y enero 2003.

55 APAZA MEDINA ROLANDO

Determinación de las complicaciones en la apendicitis aguda por retardo en el diagnostico y tratamiento en los pacientes operados en el H. C.P.N.P., Tesis presentada para optar el titulo de medico cirujano, se realizo durante diciembre 1999 a diciembre2000.

56 QUEVEDO CEVALLOS R.

Evaluación posquirúrgica de uso preoperatorio de antibióticos de Apendicitis Aguda Complicada, serie de cirugía pediátrica, en el Hospital de apoyo Goyeneche de Arequipa en 1994-1995.

57 LAURA ASILLO ELARD G.

Apendicitis Aguda en gestantes. Hospital Sergio E. Bemales Lima 1995 al 2004.

58 BALESTENA

Apendicitis Aguda en el Embarazo. Am Jobstet. Gynecol. Revista Cubana 19/06/2000.

<http://www.fonendo.com/notcias/25/2000/06/2.shtml>.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

No de ficha

Fecha

No HCL

I. PARTE: DATOS GENERALES

Filiación

1. Nombre:
2. Edad:
3. Estado Civil: soltero () casado () conviviente () Divorciado ()
Otro____
4. Grado de instrucción : prim. () secun. comp () secun. Incomp. ()
superior comp.() superior incomp. ()
5. Tiempo de enfermedad
6. Fecha de Apendicetomía Tiempo operatorio :

II. PARTE : DIAGNOSTICO

- Semanas de gestación
- Apendicitis Aguda No Complicada
 - a) Congestiva ()
 - b) Flemonosa ()
 - c) Gangrenada ()
- Apendicitis Aguda Complicada
 1. Con Peritonitis localizada ()
 2. Con Peritonitis generalizada ()

III. PARTE : TRATAMIENTO

1. Quirúrgico :

a) Apendicetomía ()

b) Apendicetomía + Dren ()

c) Apendicetomía + Lavado de cavidad peritoneal ()

d) Apendicetomía + Lavado de cavidad peritoneal + Dren ()

2. Quirúrgico + Antibióticos ()

3. Quirúrgico + Antibióticos + Tocolítics ()

4. Quirúrgico + Tocolítics ()

IV. PARTE COMPLICACIONES

POSTOPERATORIAS MATERNAS

2. Hemorragia ()

3. Ileo ()

4. Evisceración ()

5. Dehiscencia de muñón ()

6. Itu ()

7. Fístula Estercorácea ()

8. Infección Herida Operatoria ()

9. Absceso Intrabdominal ()

10. Bridas Y Adherencias ()

11. Eventración ()

12. Obstrucción ()

13. Ninguna ()

POSTOPERATORIAS OBSTETRICAS

1. Aborto ()
2. Amenaza de aborto ()
3. RPM ()
4. Endometritis ()
5. Obito ()
6. Amenaza de parto pretérmino ()
7. Parto pretérmino ()
8. Parto a término ()
9. Ninguno ()
10. No consignado ()

V. CONDICION AL MOMENTO DEL ALTA

1. Mejorado ()
2. Curado ()
2. Trasladado a otro hospital ()
3. Retiro voluntario ()
4. Fallecido ()
5. Causa de fallecimiento _____