

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



**“FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI” DE BARCELONA
ESTADO ANZOÁTEGUI ENERO 1999 DICIEMBRE 2008”**

REALIZADO POR:

**BELTRÁN MARÍN, ANNYA LORENA
YANES LIENDO, JESMAR CRISTINA**

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO ANTE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

Puerto La Cruz, Junio de 2009

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE
APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZETTI" DE BARCELONA
ESTADO ANZOÁTEGUI ENERO 1999 DICIEMBRE 2008**

Dr. Agustín Vieira
Asesor Académico

Firma

Puerto La Cruz, Junio de 2009

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE
APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI” DE BARCELONA
ESTADO ANZOÁTEGUI ENERO 1999 DICIEMBRE 2008**

Dr. Agustín Vieira
Asesor Académico

Dr. Rafael Lucas
Jurado Principal

Dr. Julio Martínez
Jurado Principal

Puerto La Cruz, Junio de 2009

ARTÍCULO 44

De acuerdo con el reglamento de Trabajos de Grado de la Universidad de Oriente:

“Los trabajos de Grado son propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, el cual participará al Consejo Universitario”

DEDICATORIA

A Dios por estar conmigo en cada momento de mi vida y darme la oportunidad de alcanzar mis metas.

A mis padres Pedro Reyes y Ana Marín, de quienes he recibido todo el apoyo y el amor para culminar esta etapa de mi vida.

A mi hermano Víctor Beltrán, por confiar en mí y ayudarme a conseguir éste gran logro.

A Jesmar Yanes, mi mejor amiga y compañera de tesis, por darme fuerza en los momentos más críticos durante la realización de este trabajo especial de grado.

A mis tías Mireya Marín y Nelly Rojas, por confiar en mí y darme ánimo para seguir adelante.

A mis grandes amigos Emir Albornoz y Fernanda Rodríguez, por darme ánimo y ayudarme en la realización de este trabajo.

A mis “Hermas” Genyfer Cardosa y Marifraney Salazar, por su apoyo y palabras motivadoras para seguir adelante.

A todos aquellos amigos que de alguna manera me han brindado su apoyo para realizar este trabajo investigativo.

Annya Beltrán

Dios por darme la oportunidad de vivir y alcanzar este logro.

mi madre María Teresa por todo su amor, comprensión, por siempre estar a mi lado apoyándome y ayudándome a lograr esta meta. Gracias mami, te amo.

mi hermana Jerimar por apoyarme y estar siempre a mi lado. Te amo hermanita.

Annya, mi amiga y compañera de tesis, por compartir conmigo momentos agradables y momentos tristes en la realización de este trabajo.

todos mis amigos y a mis “Herms” por todo su apoyo y todos los maravillosos momentos compartidos.

la Sra Coro, quien siempre se mostro pendiente de mí, de no haber sido por ella, no hubiese sido posible mi cambio de especialidad, siempre le estaré agradecida.

inalmente a todas las personas que se cruzaron en mi camino y me brindaron su apoyo.

Jesmar Yanes

AGRADECIMIENTO

A nuestro asesor Dr. Agustín Vieira, gracias por guiarnos y ayudarnos en la realización de éste trabajo.

Al Dr. Carlos Gómez, gracias por sus recomendaciones y orientaciones en la elaboración del estudio.

Al equipo del Departamento de Historias Médicas, del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Licenciado Fernández, Sra. Providencia.

Muy especialmente queremos agradecer al Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, Estado Anzoátegui.

RESUMEN

El incremento de la expectativa de vida en las personas mayores de 60 años ha significado que los médicos diagnostiquen más frecuentemente en ellos apendicitis aguda, constituyendo un grupo de alto riesgo de complicaciones postoperatorias, asociadas a factores predisponentes como edad, sexo, comorbilidad y fase de la apendicitis. Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo con 52 pacientes intervenidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, en el período comprendido entre enero 1999 diciembre 2008. Resultados: Los adultos mayores representaron 1,06% del total de pacientes con apendicitis aguda, rango edad comprendido entre 60 – 69 años representó el 75%, ligero predominio en el sexo masculino con un 51,92%, la comorbilidad predominante fue la hipertensión arterial sistémica, con el 28,84%, como hallazgo operatorio macroscópico el 42,3% correspondió a apéndice en fase gangrenosa, la complicación postoperatoria se presentó en un 26,93% de los pacientes estudiados. Conclusiones: Se asociaron a mayor frecuencia de complicaciones postoperatorias: edad entre 60 – 69 años, sexo masculino, antecedentes personales de hipertensión arterial sistémica, presencia de apendicitis perforada, se asoció a absceso de pared y absceso intraabdominal siendo las complicaciones postoperatorias predominantes.

CONTENIDO

PÁGINA DE TÍTULO	¡Error! Marcador no definido.
ARTÍCULO 44	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	viii
CONTENIDO	ix
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE FIGURAS	xiv
CAPITULO I.....	16
INTRODUCCIÓN	16
1.1. Planteamiento del problema.....	18
1.1.2. Formulación del problema	19
1.2. Justificación.....	19
1.3. Objetivos	20
1.3.1. Objetivo general.....	21
1.3.2. Objetivos específicos	21
CAPITULO II	22
MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Antecedentes	22
2.2. Definición de adulto mayor.....	23
2.3. Incidencia de la apendicitis	24
2.3.1. Etiología y patogenia.....	24
2.3.2. Bacteriología	26
2.3.3. Estadios anatomopatológicos	26
2.3.4. Manifestaciones clínicas	29
2.3.5. Diagnóstico	31

CAPITULO III	33
MARCO METODOLÓGICO	33
3.1. Tipo de investigación	33
3.2. Variables	33
3.3. Población y muestra	34
3.3.1. Población.....	34
3.3.2. Muestra.....	34
3.3.4. Criterios de inclusión	34
3.3.5. Criterios de exclusión.....	35
3.4. Instrumento de recolección de datos	35
3.5. Técnica de recolección.....	35
3.5.1. Materiales y métodos	36
3.5.1.1. Materiales.....	36
3.5.1.2. Métodos.....	36
3.6. Procedimiento estadístico para el análisis de los datos	37
CAPITULO IV	38
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
4.1. Distribución por año de pacientes adultos mayores apendicectomizados	38
4.2. Distribución por edad de pacientes adultos mayores apendicectomizados.....	40
4.3. Distribución por sexo de pacientes adultos mayores apendicectomizados.....	42
4.4. Comorbilidad de pacientes adultos mayores apendicectomizados	44
4.5. Hallazgos operatorios de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda ...	46
4.6. Complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores.....	48
4.7. Correlación entre edad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda.....	50
4.8. Correlación entre sexo y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda.....	52
4.9. Correlación entre estadio anatomopatológico y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda	54

4.10. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso intraabdominal de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda	56
4.11. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso de pared de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda.....	58
4.12. Correlación entre comorbilidad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda	60
4.13. Discusión.....	62
CAPITULO V	65
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
5.1. Conclusiones	65
5.2. Recomendaciones.....	66
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	72
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO	81

LISTA DE TABLAS

Tabla 4.1. Distribución por año de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	38
Tabla 4.2. Distribución por edad de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	40
Tabla 4.3. Distribución por sexo de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	42
Tabla 4.4. Comorbilidad de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	44
Tabla 4.5. Hallazgos operatorios de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	46
Tabla 4.6. Complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	48
Tabla 4.7. Correlación entre edad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	50
Tabla 4.8. Correlación entre sexo y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	52

Tabla 4.9. Correlación entre estadio anatomopatológico y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	54
Tabla 4.10 Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso intraabdominal de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	56
Tabla 4.11. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso de pared de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	58
Tabla 4.12. Correlación entre comorbilidad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1. Distribución por año de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008	39
Figura 4.2. Distribución por edad de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	41
Figura 4.3. Distribución por sexo de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	43
Figura 4.4. Comorbilidad de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	45
Figura 4.5. Hallazgos operatorios de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	47
Figura 4.6. Complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	49
Figura 4.7. Correlación entre edad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	51
Figura 4.8. Correlación entre sexo y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.	53

Figura 4.9. Correlación entre estadio anatomopatológico y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	55
Figura 4.10. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso intraabdominal de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	57
Figura 4.11. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso de pared de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	59
Figura 4.12. Correlación entre comorbilidad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.....	61

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Si bien la apendicitis típicamente se presenta en el segundo y tercer decenios de la vida, casi 5 a 10% de los casos se manifiestan a edad avanzada. En los adultos mayores, esta enfermedad ha aumentado en los últimos decenios. La inflamación del apéndice contribuye a 2.5 a 5% de las enfermedades abdominales agudas en personas de más de 60 a 70 años de edad. La tasa de mortalidad global por apendicitis es de sólo 0.8%, pero la vasta mayoría de las muertes se presenta en los muy jóvenes y en los adultos mayores. En pacientes menores de 65 años de edad, la tasa de mortalidad es de 0.2%, en tanto que para los mayores de 65 años la tasa de mortalidad global es de 4.6 % (Rosenthal & Zenilman, 2006).

El envejecimiento de la población tiene claras consecuencias en la práctica quirúrgica. El perfil clínico del paciente adulto mayor es variable, por las manifestaciones atípicas o incompletas de la enfermedad, la frecuente asociación de patología agregada; el mayor riesgo de morbilidad postoperatoria, sobre todo en cirugía de urgencia; el tiempo más prolongado de recuperación postquirúrgica, con estadías hospitalarias más largas. Todo esto hace que sea conveniente evitar, si es posible, las intervenciones “heroicas” y elegir los procedimientos más seguros puesto que las complicaciones postoperatorias frecuentes y precoces y las reoperaciones, son mal toleradas en este grupo de enfermos (Álvarez et al, 2002).

En los adultos mayores, las dificultades en el diagnóstico vienen dadas por una sintomatología atípica. La clínica es más atenuada, el dolor es poco intenso y a

menudo no hay fiebre ni leucocitosis. Puede manifestarse directamente como una masa palpable en cuadrante inferior derecho o como una obstrucción intestinal secundaria a adherencias, todo ello debido a una evolución avanzada del proceso inflamatorio. (Álvarez et al, 2002).

La apendicitis es un proceso evolutivo, secuencial, de allí las diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que suele encontrar el cirujano y que dependerán fundamentalmente del momento o fase de la enfermedad en que es abordado el paciente, de allí que se consideren los siguientes estadios: apendicitis congestiva o catarral, apendicitis flemonosa o supurativa, apendicitis gangrenosa o necrótica, apendicitis perforada.

Complicaciones específicas: en el primer día postoperatorio (hemorragia, evisceración por mala técnica, íleo adinámico), segundo a tercer día postoperatorio (dehiscencia del muñón apendicular, atelectasia, neumonías, infección del tracto urinario, fístulas estercorácea), cuarto o quinto día postoperatorio (infección de la herida operatoria), séptimo día postoperatorio (absceso intraabdominal), decimo día postoperatorio (adherencias) y luego de diez días o más postoperatorio se presentan bridas (Rivera et al, 2005).

La presencia de algunas condiciones y enfermedades crónicas coexistentes ha sido enunciada como un factor que dificulta o retrasa el diagnóstico de apendicitis, debido a que los signos y síntomas clásicos, suelen ser enmascarados por otros, propios de la condición o enfermedad crónica o porque estas otras producen algún grado de inmunosupresión que hace a los pacientes menos sintomáticos. En los pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia renal o cirrosis hepática, la respuesta inmune disminuida, alteran el cuadro clínico clásico y la evolución natural de la enfermedad, ocasionando mayor predisposición a padecer complicaciones postoperatorias (Quiroga et al, 2000).

1.1. Planteamiento del problema

Los pacientes adultos mayores ingresan más a los hospitales (hasta 60% de las camas de un hospital general son ocupadas por individuos de más de 60 años), permanecen más tiempo y sufren más consecuencias adversas por la hospitalización. Con frecuencia, son institucionalizados a partir de su egreso, lo que denota el gran impacto que tiene el hospital en la funcionalidad de estas personas.

El resultado y las consecuencias de un problema agudo en el adulto mayor depende más de la variedad de atributos inherentes al paciente, positivos o negativos, que a la virulencia o seriedad de la enfermedad. Los casos se complican aun más por la vaguedad de los síntomas que retrasan y dificultan los diagnósticos y por tanto la terapéutica, propiciando el efecto en cascada que una vez iniciado sigue un acelerado curso descendente difícil de detener aun por los más experimentados.

En los diferentes estudios, nacionales o extranjeros, se han tratado de definir las características propias del cuadro de apendicitis aguda en el paciente adulto mayor; sin embargo, los factores predisponentes a una mayor frecuencia de complicaciones postoperatorias aún han sido poco estudiados y analizados. En estudios extranjeros se menciona una frecuencia de problemas posteriores a la intervención quirúrgica de hasta 50% en pacientes adultos mayores, observándose una escasez de investigaciones nacionales, en relación a este grupo etario.

Debido a que la proporción de pacientes adultos mayores ha aumentado de forma constante en las últimas décadas y cada vez son más frecuentes los casos de apendicitis aguda en pacientes mayores de 60 años que por sus especiales características, llegan frecuentemente en avanzada fase de la enfermedad al momento de la cirugía, consideramos importante realizar el presente estudio, con la finalidad de definir los factores asociados a complicaciones postoperatorias de apendicitis aguda

en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, durante los años 1999 - 2008, con lo cual conoceremos datos característicos que sin dudas ayudaran a disminuir las complicaciones y la mortalidad de esta patología aguda, en éste grupo etario. Así mismo se desprende lo siguiente:

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuales son los factores de riesgo y su correlación con las complicaciones postoperatorias de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui, durante los años 1999 – 2008?

1.2. Justificación

La estructura de la población en los países en desarrollo está cambiando y la proporción de los adultos mayores esta aumentando rápidamente. Venezuela no escapa de este fenómeno, el incremento del grupo de personas mayores de 60 años en nuestro país, es un hecho demográfico irreversible. Según la Oficina Central de Estadística e Informática, para el año 2000 Venezuela contaba con 24.169.744 habitantes, de los cuales 1.593.585 eran adultos mayores (de 60 años y mas), lo que representaba el 6,6% de la población total; para el año 2025, la población venezolana se ha estimado en 37.999.168 habitantes, de los cuales 4.355.092 serán adultos mayores, es decir el 11% de la población.

El proceso de envejecimiento de la población que se esta originando representa un importante reto para el sistema de salud, que ha conocido un incremento progresivo del número de adultos mayores que atiende, además de esto se ha

demostrado que los adultos mayores condicionan una mayor proporción de ingresos hospitalarios, consumen mas tiempo de atención, requieren mayor numero de pruebas complementarias, generan mayor mortalidad y presentan peor pronostico tras el alta.

La incidencia de apendicitis aguda en adultos mayores se ha incremento en los últimos 30 años, hecho que es determinado por el aumento de la expectativa de vida de los individuos de edad avanzadas. Aún se describen altos porcentajes de complicaciones y mortalidad en éste grupo por apendicitis aguda, causada aparentemente por el retraso en el diagnóstico y en la resolución quirúrgica.

En el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” se ha incrementado la demanda de asistencia de adultos mayores por esta patología y no hay indicios de alguna investigación en los registros del hospital que incluya la morbilidad ni los factores asociados a complicaciones postoperatoria de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores, de allí el interés en la realización del presente trabajo de investigación, donde se planteó el objetivo de identificar características especiales en la forma de presentación y evolución de la apendicitis aguda en este grupo etario, motivando a que la cultura geriátrica en la población médica sea mayor, promoviendo que aquellos pacientes mayores de 60 años que sean sometidos a cirugías reciban atención médica integrada en equipo, pronta y juiciosa que evite los problemas y complicaciones que hagan del esfuerzo médico algo inútil, pensando siempre en calidad de vida.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Correlacionar factores asociados a complicaciones postoperatorias de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar edad y sexo más frecuente de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.
2. Determinar la comorbilidad de los pacientes adultos mayores con apendicitis aguda del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.
3. Determinar el estadio anatomopatológico más frecuente de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.
4. Identificar las complicaciones postoperatorias de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Chian y colaboradores (1996) en su trabajo titulado Apendicitis aguda en el paciente senil: Factores asociados a una mayor morbimortalidad postoperatoria, en los servicios de Emergencia y Cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, Perú. Concluyeron:

Se asocia a una mayor frecuencia de complicaciones postoperatoria: edad mayor o igual a 70 años, tiempo de enfermedad mayor de 48 horas, presencia de apendicitis perforada con peritonitis localizada o generalizada asociada significativamente a la presencia de absceso residual e infección de herida operatoria. El antecedente de patología cardiovascular previa se asoció a mayor frecuencia de complicaciones cardiovasculares y se asociaron a mayor mortalidad en apendicitis aguda, pacientes con intervención quirúrgica adicional a la apendicectomía y presencia de apendicitis perforada.

Morales y colaboradores (2002), en su investigación titulada Morbilidad y Mortalidad de la apendicitis aguda en los pacientes geriátricos, 1990-1999. Realizada en el Hospital Provincial Clínica quirúrgico Docente Celia Sánchez de Manzanillo-Cuba, Concluyeron:

Los pacientes ancianos representaron 3,4% del total de enfermos con apendicitis aguda, se observó un franco predominio en el sexo masculino y en las edades comprendidas entre los 60 y 69 años, Predominó el dolor atípico y el leucograma mostró tener poco valor diagnóstico, la sepsis de la herida y la peritonitis difusa constituyeron las complicaciones más observadas; la mortalidad fue baja.

Álvarez y colaboradores (2002), en el servicio de cirugía del Hospital Clínico Regional de Concepción de Chile, llevaron a cabo un trabajo científico titulado Apendicitis aguda en mayores de 70 años, reportaron:

La Apendicitis aguda fue más frecuente en hombres, en un rango de edad de 70 a 85 años, el síntoma predominante fue el dolor abdominal, el tiempo de evolución de los síntomas al momento del ingreso vario entre 12 y 96 horas, el estadio anatomopatológico predominante fue la gangrena apendicular y la complicación más observada fue infección de herida operatoria.

Pérez y colaboradores (2000), en su trabajo titulado Apendicitis aguda en ancianos creencias y realidad, realizado en el servicio de emergencia del Hospital Obrero No. 1 de La Paz, Bolivia. Concluyeron: “Que se observó un porcentaje importante de perforación y gangrena del apéndice cecal en estos pacientes, al igual que complicaciones de la herida operatoria y la mortalidad fue reducida en relación a otros estudios”.

2.2. Definición de adulto mayor

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas en edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara

de forma indistinta persona de la tercera edad. Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros a partir de los 65-70 años. Otros simplemente dicen que es una definición social. Las Naciones Unidas consideran adultos mayores a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (Dione, 2004).

2.3. Incidencia de la apendicitis

La tasa de apendicetomías durante la vida es de 12% en varones y 25% en mujeres y en alrededor de 7% de todas las personas se efectúa una apendicetomía por apendicitis aguda. La apendicitis se observa con mayor frecuencia en sujetos de la segunda a cuarta décadas de la vida, con una edad promedio de 31,3 años y una edad mediana de 22 años. Se reconoce una ligera predominancia en varones H:M, 1.2-1.3:1 (Brunicardi C. 2006).

Aunque la apendicitis aguda es primariamente una patología de jóvenes y adultos de edad media, el incremento de la expectativa de vida en las personas mayores de 65 años ha significado que los médicos diagnostiquen más frecuentemente esta enfermedad en este grupo etario. El riesgo de apendicitis después de los 50 años es de 1:35 para mujeres y 1:50 para hombres. A pesar de los avances en la medicina actualmente, la morbilidad y mortalidad de la apendicitis aguda en este grupo de pacientes permanece alta (Rivera et al, 2005).

2.3.1. Etiología y patogenia

El factor etiológico predominante en la apendicitis aguda es la obstrucción de la luz. Los fecalitos son la causa común de la obstrucción apendicular. Menos

frecuentes son la hipertrofia de tejido linfoide, impacto de bario por estudios radiológicos previos, tumores, semillas de verduras y frutas y parásitos intestinales. La frecuencia de obstrucción aumenta con la gravedad del proceso inflamatorio. Se reconocen fecalitos en 40% de los casos de apendicitis aguda simple, en 65% de la apendicitis gangrenosa sin rotura y en casi 90% de los pacientes con apendicitis gangrenosa con rotura.

Existe una secuencia predecible de acontecimientos que conduce a la rotura final del apéndice. La obstrucción proximal de la luz apendicular provoca una obstrucción de asa cerrada y la continuación de la secreción normal por la mucosa apendicular da lugar a una rápida distensión. La distensión del apéndice estimula terminaciones nerviosas de fibras viscerales aferentes de estiramiento y causa dolor vago, sordo y difuso en el abdomen medio o el epigastrio bajo. Asimismo, se estimula el peristaltismo por la distensión bastante súbita, de tal manera que al inicio del curso de la apendicitis pueden superponerse algunos cólicos al dolor visceral. La distensión aumenta por la continuación de la secreción mucosa y la multiplicación rápida de las bacterias que residen en el apéndice. La distensión de esta magnitud suele causar náuseas y vómitos reflejos, y el dolor visceral difuso se torna mas intenso. A medida que asciende la presión en el órgano, se excede la presión venosa. Se ocluyen capilares y vénulas, pero continúa el flujo arteriolar de entrada, lo que da por resultado ingurgitación y congestión vascular. El proceso inflamatorio incluye en poco tiempo la serosa del apéndice y el peritoneo parietal de la región, lo cual suscita el cambio característico del dolor hacia el cuadrante inferior derecho.

La mucosa del tubo digestivo, incluido el apéndice, es susceptible a un deterioro del riego y en consecuencia se altera temprano su integridad en el proceso, lo que promueve una invasión bacteriana. Conforme la distensión progresiva afecta primero el retorno venoso y luego el flujo de entrada arteriolar, sufre más el área con la irrigación más deficiente: se desarrollan infartos elipsoidales en el borde

antimesentérico. Por lo regular, la perforación tiene lugar justo después del punto de obstrucción, no tanto en la punta por el efecto del diámetro sobre la tensión intraluminal (Brunicardi C. 2006).

2.3.2. Bacteriología

La bacteriología del apéndice normal es similar a la del colon normal. La flora apendicular permanece constante toda la vida, con excepción de *Porphyromonas gingivalis*. Los principales microorganismos aislados en el apéndice normal, una apendicitis aguda y la apendicitis perforada son *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis*. No obstante, puede haber una amplia variedad de bacterias y microbacterias facultativas y anaerobias.

Aerobios y facultativos: *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, especies de *Klebsiella*, *Streptococcus anginosus*, especies de *Streptococcus*, especies de *Enterococcus*.

Anaerobios: *Bacteroides fragilis*, especies de *Bacteroides*, especies de *Fusobacterium*, especies de *Peptostreptococcus*, especies de *Clostridium*. (Brunicardi C. 2006).

2.3.3. Estadios anatomopatológicos

La apendicitis es un proceso evolutivo, secuencial, de allí las diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que suele encontrar el cirujano y que dependerán fundamentalmente del momento o fase de la enfermedad en que es abordado el paciente, de allí que se consideren los siguientes estadios:

- Apendicitis Congestiva o Catarral: cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, acúmulo 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.
- Apendicitis 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 fibrino-purulento en su superficie; si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre.
- Apendicitis Gangrenosa o Necrótica: cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión 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 tenuamente purulento con un olor fecaloideo.
- Apendicitis Perforada: cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito, el

líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido (Wong et al, 1999).

La apendicitis perforada es mucho más común en los adultos mayores. Las tasas de perforación aumentan en forma directamente proporcional con la edad. En una serie se encontró perforación en 47% de los sujetos de 60 a 64 años, en 69% de los enfermos de 70 a 74 años y en 71% de los que tenían entre 80 y 84 años de edad. Otros informan tasas de perforación de hasta 90% para sujetos mayores de 70 años de edad (Rosenthal & Zenilman, 2003). Todavía no existe un acuerdo de cuál es la causa primordial en la alta incidencia de perforación en pacientes adultos mayores. Algunas de las causas sugeridas se mencionan a continuación:

- Más rápida progresión de la enfermedad en el adulto mayor, debido a cambios anatómicos en el apéndice. Entre los cuales podemos mencionar:
- El apéndice está frecuentemente atrófica, con disminución del tejido linfático y un lumen estrecho u obliterado.
- Adelgazamiento de la mucosa, infiltración de grasa y fibrosis de la pared.
- Irrigación sanguínea insuficiente debido a arteriosclerosis.
- Variabilidad en la presentación haciendo el diagnóstico en algunos casos muy difícil.
- Tardanza en la toma de decisión de operar debido a:
- Falta de signos físicos.

- Indecisión del cirujano de operar pacientes de alto riesgo sin haber alcanzado un diagnóstico definitivo.
- Tardanza de la población geriátrica en la búsqueda de ayuda médica. Este es el factor más importante en determinar la incidencia de perforación. Esta última causa es producto de varios factores que se presentan básicamente en este grupo de población.
- Los que se mencionan a continuación son los más, frecuentes:
- Decisión propia de no buscar ayuda.
- Vivir solo dificultando el transporte hacia el centro de salud.
- Factores económicos, al no poder costearse el cuidado médico en muchos casos.
- Aversión a la hospitalización al asociarla con la muerte.
- Percepción alterada de los síntomas, al atribuir los mismos a otras causas. (Rivera et al, 2005).

2.3.4. Manifestaciones clínicas

El dolor periumbilical que se localiza por un periodo de varias horas en el cuadrante inferior derecho, es el principal síntoma. En el adulto mayor, que tiene un

umbral más elevado para este síntoma, adquiere una menor expresividad clínica, el dolor abdominal tiende a ser vago y difuso. Además, puesto que el dolor abdominal vago es una manifestación común en personas de edad avanzada, a menudo se pasa por alto su importancia (Rosenthal & Zenilman, 2003). La contractura muscular refleja también suele ser menos marcada que en el adulto y en el niño, e incluso, puede faltar en presencia de peritonitis. Esto se explica por la frecuente flacidez de la pared abdominal en los pacientes de edad avanzada (Álvarez et al, 2002).

En el adulto mayor es frecuente que los vómitos, como expresión de insuficiencia muscular y de depresión de las actividades reflejas, sean substituidos por náuseas. Los escalofríos y la fiebre, generalmente frecuentes en algunas formas de abdomen agudo, suelen ser poco intensos o pueden no producirse en los adultos mayores (Álvarez et al, 2002).

Clínicamente, el cuadro clásico de apendicitis aguda aparece sólo en una cuarta parte de los pacientes. Muchas veces la clínica es atípica: dolor de comienzo, topografía e intensidad muy variables, aunque frecuentemente el dolor termina localizándose en la fosa ilíaca derecha después de un período evolutivo mayor que en los jóvenes. Los hallazgos del examen físico son variables: distensión abdominal, signos de irritación peritoneal, silencio abdominal a la auscultación, masa palpable en cuadrante inferior derecho del abdomen, etc. (Freund & Rubinstein, 1980).

En general, el cuadro clínico tiene un comienzo más larvado, con síntomas atenuados, por lo que los errores diagnósticos son frecuentes, no sólo por el cuadro clínico atípico, sino también porque no siempre se piensa que una apendicitis aguda es la responsable del cuadro clínico de abdomen agudo en los adultos mayores (Álvarez et al, 2002).

2.3.5. Diagnóstico

Los hallazgos de laboratorio tampoco son fiables en los adultos mayores. Los recuentos leucocitarios son menores de 10 000 células/mm³ en 20 a 50% de los adultos de edad avanzada con apendicitis simple (Rosenthal & Zenilman, 2003).

La ultrasonografía es un procedimiento no invasivo y tiene un índice de precisión de más del 80% aunque es poco sensible para casos no típicos. La visualización de un apéndice aumentado de tamaño (más de 6 mm de diámetro) y de pared gruesa es muy sugerente de una apendicitis aguda, con la limitación de que en ocasiones no va a ser posible localizar el apéndice (Freund & Rubinstein, 1980).

Actualmente, la técnica de mayor precisión es la tomografía computarizada (TAC). Posee una sensibilidad y especificidad del 90 y 95%, respectivamente. Tiene una precisión mayor del 90%, superior a la de la ecografía, debido a que identifica mejor el apéndice y porque, además, detecta los cambios inflamatorios periapendiculares (Rao et al, 1998).

Complicaciones

Los pacientes adultos mayores constituyen un grupo de alto riesgo, sin embargo, el principal determinante de las complicaciones es la severidad de la apendicitis. En la apendicitis aguda simple, las complicaciones son en general de un 10%. Con la perforación del apéndice, el rango se incrementa de un 15% a un 65%. Complicaciones específicas relacionadas a la severidad de la apendicitis incluyen: absceso periapendicular, peritonitis difusa, y obstrucción intestinal. Pacientes con apendicitis avanzada pueden llegar a desarrollar sepsis e inclusive fallo orgánico múltiple que puede llegar a ser mortal si un soporte médico-quirúrgico apropiado. En el periodo postoperatorio, las complicaciones infecciosas agudas incluyen la formación de absceso, fístulas cecales e infecciones de la herida quirúrgica. La

formación de abscesos intraabdominales en el periodo postoperatorio es mucho más común en apendicitis perforadas. El determinante más importante de la infección de la herida quirúrgica es la severidad de la contaminación al tiempo de la cirugía (Rivera et al, 2005).

Los antecedentes personales influyen en la evolución de la apendicitis, la mayoría de las publicaciones relacionadas con los abscesos de la pared abdominal y con la fascitis necrotizante secundarios a apendicitis han sido reportadas en pacientes diabéticos y el diagnóstico de apendicitis aguda a menudo es obstaculizado por síntomas inexpresivos oscurecidos por una enfermedad crónica intercurrente, como la diabetes mellitus (Cooperman, 1984).

En pacientes menores de 65 años de edad, la tasa de mortalidad es de 0.2%, en tanto que para los mayores de 65 años la tasa de mortalidad global es de 4.6%. Esto básicamente obedece a tres factores: la pobre reserva fisiológica en el adulto mayor, presentación concomitante con enfermedades médicas asociadas, alta incidencia de perforación apendicular al momento de la cirugía. (Rosenthal & Zenilman, 2003).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Es un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, ya que para obtener la información, fue necesaria la revisión de historias clínicas para recopilar los datos referidos a la morbilidad y factores asociados a complicaciones postoperatoria de apendicitis aguda en pacientes adultos mayores ingresados en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui en el período enero 1999 diciembre 2008.

3.2. Variables

- Edad
- Sexo
- Comorbilidad.
- Diagnóstico de ingreso
- Estadio anatomopatológico de la apéndice

- Diagnóstico postoperatorio.
- Complicaciones postoperatorias

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Representada por todos los pacientes apendicectomizados del Servicio de Cirugía General en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona Estado Anzoátegui, en el período enero 1999 diciembre 2008, quedando establecida una población de 4887 pacientes.

3.3.2. Muestra

Constituida por 52 pacientes adultos mayores con diagnóstico de apendicitis aguda intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona Estado Anzoátegui, en el período enero 1999 diciembre 2008.

3.3.4. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 60 años.

- Paciente con diagnóstico operatorio de apendicitis aguda, atendidos en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona Estado Anzoátegui, en el periodo enero 1999 diciembre 2008.
- Historia clínica presente.

3.3.5. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 60 años.
- Apendicectomía electiva o profiláctica.
- Historia clínica incompleta.

3.4. Instrumento de recolección de datos

La fuente de recopilación de datos necesarias para el logro de los objetivos de la investigación fueron las historias médicas de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda intervenidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” enero 1999 diciembre 2008. Se aplicó la técnica de encuesta para lo cual se elaboró un cuestionario que recogió los datos necesarios de las historias clínicas recopiladas.

3.5. Técnica de recolección

- Técnica: Encuesta (Anexo 1).

- Instrumento: Formulario Historia clínica.
- Fuente: Archivo de historias médicas.

3.5.1. Materiales y métodos

3.5.1.1. Materiales

- Tarjetas Kardex.
- Historias médicas.
- Hojas de recolección de datos.
- Bolígrafos.

3.5.1.2. Métodos

- Se clasificaron las historias según el código de tarjetas Kardex.
- Se realizó la revisión de las historias médicas.
- Se registraron en las hojas de recolección los datos de las historias de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

- Se representaron los resultados en tablas y gráficos.
- Se analizaron los datos.

3.6. Procedimiento estadístico para el análisis de los datos

Para el análisis de datos, se utilizó la estadística descriptiva para cada variable a través de tablas de frecuencia y porcentaje.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Distribución por año de pacientes adultos mayores apendicectomizados

Tabla 4.1. Distribución por año de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Año	Total de apendicitis	Adultos mayores	%
1999	472	5	1,05
2000	424	5	1,17
2001	483	5	1,03
2002	431	5	1,16
2003	484	4	0,82
2004	405	2	0,49
2005	534	8	1,49
2006	570	5	0,87
2007	511	5	0,97
2008	573	8	1,39
Total	4887	52	1,06

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: De un total de 4887 apendicetomías realizadas entre enero de 1999 y diciembre de 2008 un 1,06% (52 casos) correspondió a los pacientes adultos mayores.

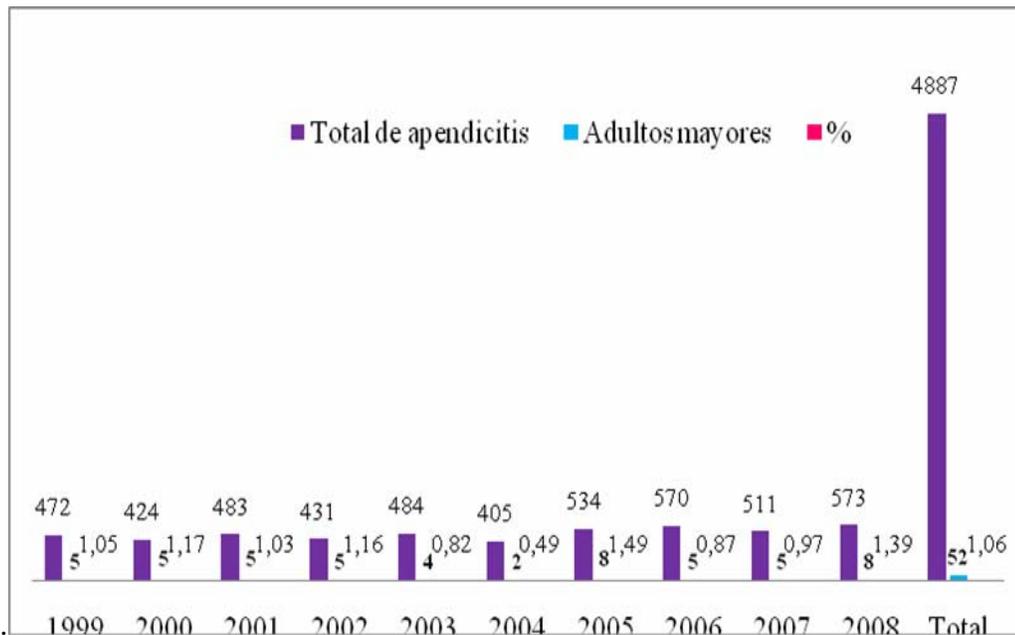


Figura 4.1. Distribución por año de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008

Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: De un total de 4887 apendicetomías realizadas entre enero de 1999 y diciembre de 2008 un 1,06% (52 casos) correspondió a los pacientes adultos mayores.

4.2. Distribución por edad de pacientes adultos mayores apendicectomizados

Tabla 4.2. Distribución por edad de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

EDAD	No.	%
60 - 69 años	39	75
70 - 79 años	8	15,39
80 - 89 años	4	7,69
90 ó más años	1	1,92
Total	52	100

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El 75% de los pacientes adultos mayores operados con diagnósticos de Apendicitis aguda corresponden al intervalo de edades de 60 - 69 años, el 15,39% están entre los 70 – 79 años , el 7,69% entre los 80 - 89 años, 1,92% entre 90 ó más años de edad.

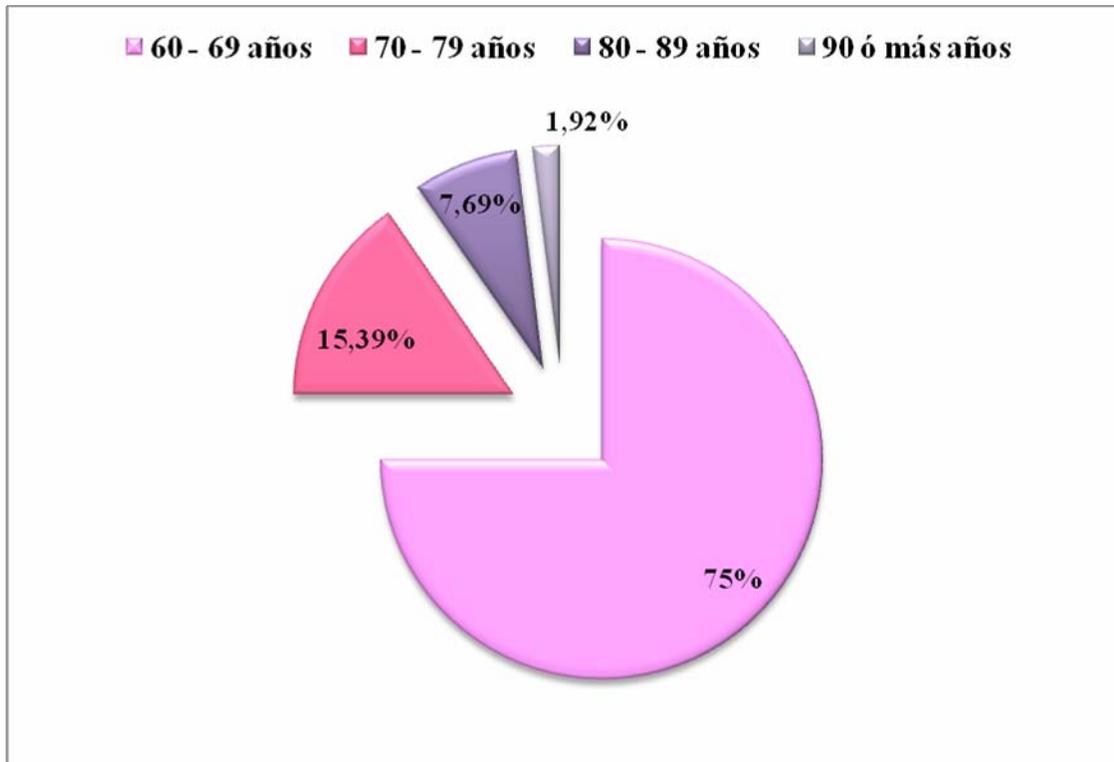


Figura 4.2. Distribución por edad de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El 75% de los pacientes adultos mayores operados con diagnósticos de Apendicitis aguda corresponden al intervalo de edades de 60 - 69 años, el 15,39% están entre los 70 – 79 años , el 7,69% entre los 80 - 89 años, 1,92% entre 90 ó más años de edad.

4.3. Distribución por sexo de pacientes adultos mayores apendicectomizados

Tabla 4.3. Distribución por sexo de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

SEXO	No.	%
FEMENINO	25	48,08
MASCULINO	27	51,92
TOTAL	52	100

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: En la muestra conformada por 52 pacientes, se puede evidenciar el predominio del sexo masculino, representado por 27 pacientes, es decir, el 51,92% del total de pacientes estudiados, mientras el 48,08% (25 pacientes) correspondió al sexo femenino.



Figura 4.3. Distribución por sexo de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: En la muestra conformada por 52 pacientes, se puede evidenciar el predominio del sexo masculino, representado por 27 pacientes, es decir, el 51,92% del total de pacientes estudiados, mientras el 48,08% (25 pacientes) correspondió al sexo femenino.

4.4. Comorbilidad de pacientes adultos mayores apendicectomizados

Tabla 4.4. Comorbilidad de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

COMORBILIDAD	No.	%
Diabetes mellitus	5	9,62
HTA	15	28,85
HTA/Cardiopatía	5	9,61
HTA/Diabetes mellitus	1	1,92
Insuficiencia renal crónica/Cardiopatía	1	1,92
Úlcus péptico	1	1,92
Ninguno	24	46,16
Total	52	100

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: Al realizar la distribución de los pacientes estudiados según las enfermedades asociadas, se evidencia que el 28,85% (15 pacientes) de la muestra, presentó hipertensión arterial, seguido de un 9,62% (5 pacientes) que presentó Diabetes Mellitus. Por otra parte 24 (46,16%) de los pacientes incluidos en el estudio no tenían enfermedades asociadas.

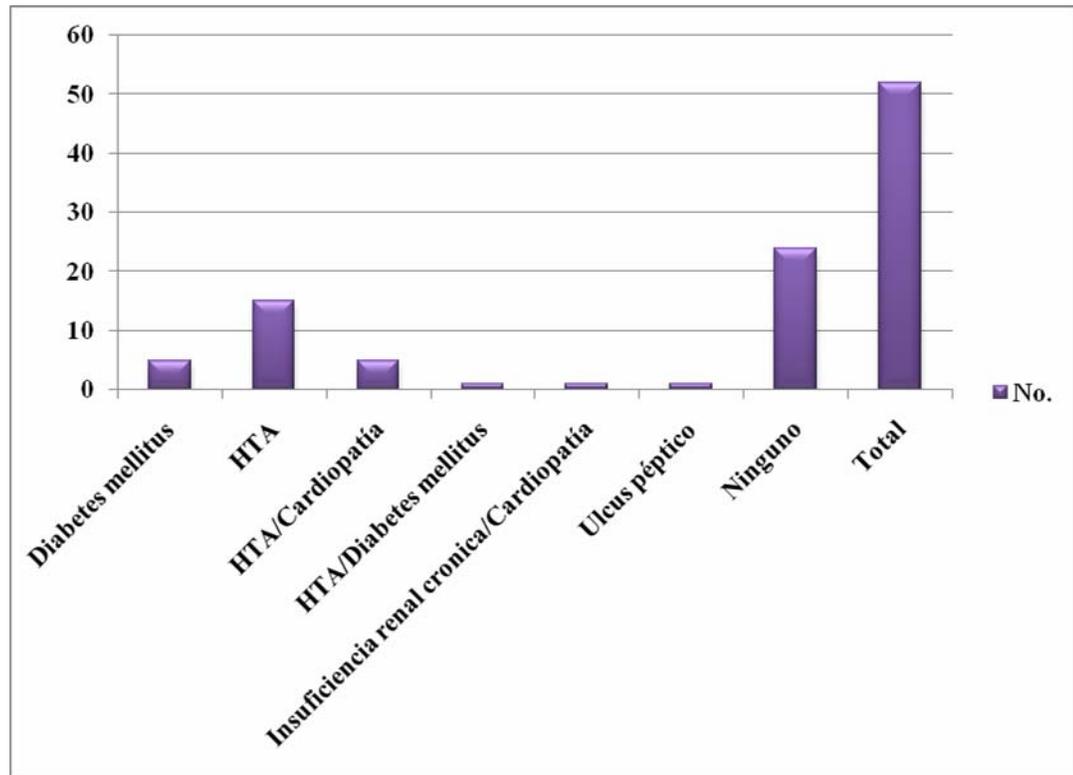


Figura 4.4. Comorbilidad de pacientes adultos mayores apendicectomizados atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: Al realizar la distribución de los pacientes estudiados según las enfermedades asociadas, se evidencia que el 28,85% (15 pacientes) de la muestra, presentó hipertensión arterial, seguido de un 9,62% (5 pacientes) que presentó Diabetes Mellitus. Por otra parte 24 (46,16%) de los pacientes incluidos en el estudio no tenían enfermedades asociadas.

4.5. Hallazgos operatorios de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda

Tabla 4.5. Hallazgos operatorios de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

HALLAZGO OPERATORIO	No.	%
Apendicitis congestiva	3	5,77
Apendicitis flegmonosa	12	23,08
Apendicitis gangrenosa	22	42,31
Apendicitis perforada	15	28,84
TOTAL	52	100

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: Al realizar la distribución de los pacientes estudiados según el hallazgo operatorio se observó que el 42,31% (22 pacientes) de la muestra estudiada presentó apendicitis gangrenosa, seguido de un 28,84% (15 pacientes) que presentó perforación del apéndice y un 23,08% (12 pacientes) presentó como hallazgo operatorio apendicitis flegmonosa.

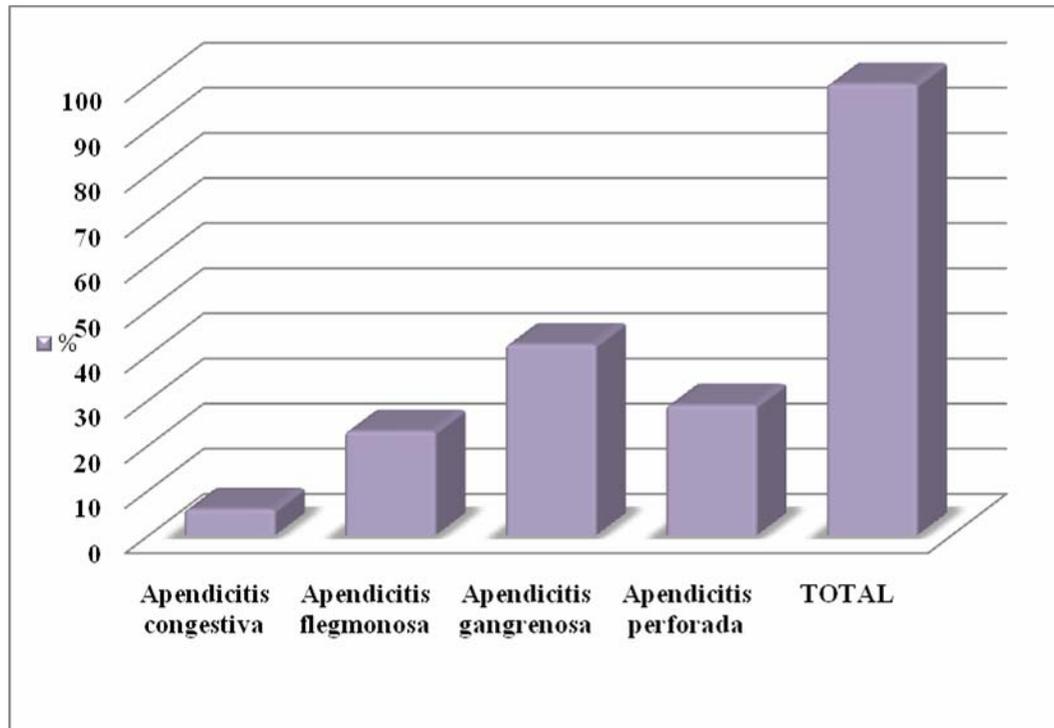


Figura 4.5. Hallazgos operatorios de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: Al realizar la distribución de los pacientes estudiados según el hallazgo operatorio se observó que el 42,31% (22 pacientes) de la muestra estudiada presentó apendicitis gangrenosa, seguido de un 28,84% (15 pacientes) que presentó perforación del apéndice y un 23,08% (12 pacientes) presentó como hallazgo operatorio apendicitis flegmonosa.

4.6. Complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores

Tabla 4.6. Complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

COMPLICACIONES	No.	%
Absceso de pared	7	13,47
Absceso intraabdominal	3	5,77
Absceso intraabdominal/Neumonía	1	1,92
Evisceración	1	1,92
Neumonía	1	1,92
Muerte	1	1,92
Ninguna	38	73,08
TOTAL	52	100

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: 73,08% de los pacientes adultos mayores apendicectomizados no presentó ninguna complicación postoperatoria. En 13,47% se evidenció absceso de pared, 5,77% de los pacientes presentó absceso intraabdominal, 1,92% evisceración, 1,92% se complicó con neumonía, 1,92% presentó absceso intraabdominal más neumonía y 1 paciente (1,92%) falleció.

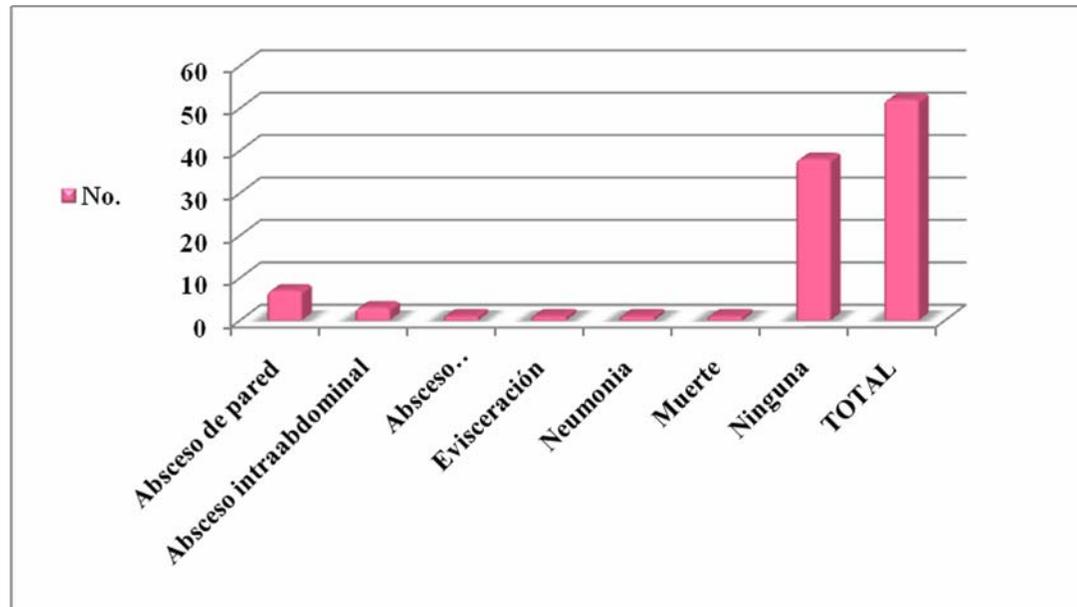


Figura 4.6. Complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: 73,08% de los pacientes adultos mayores apendicectomizados no presentó ninguna complicación postoperatoria. En 13,47% se evidenció absceso de pared, 5,77% de los pacientes presentó absceso intraabdominal, 1,92% evisceración, 1,92% se complicó con neumonía, 1,92% presentó absceso intraabdominal más neumonía y 1 paciente (1,92%) falleció.

4.7. Correlación entre edad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda

Tabla 4.7. Correlación entre edad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

EDAD	Complicaciones			
	Ausentes		Presentes	
	No.	%	No.	%
60 - 69 años	31	59,62	8	15,38
70 - 79 años	5	9,62	3	5,77
80 - 89 años	2	3,84	2	3,85
90 ó más años	0	0	1	1,92
TOTAL	38	73,08	14	26,92

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro demuestra la relación obtenida al comparar la edad de los pacientes estudiados con las complicaciones postoperatorias. 15,38% de las complicaciones postoperatorias se presentaron en el rango de edad comprendido entre 60 y 69 años, 5,77% en el rango de 70 y 79 años de edad, 3,85% entre 80 y 89 años y 1,92% de las complicaciones se presentó en los pacientes con edad de 90 ó más años.

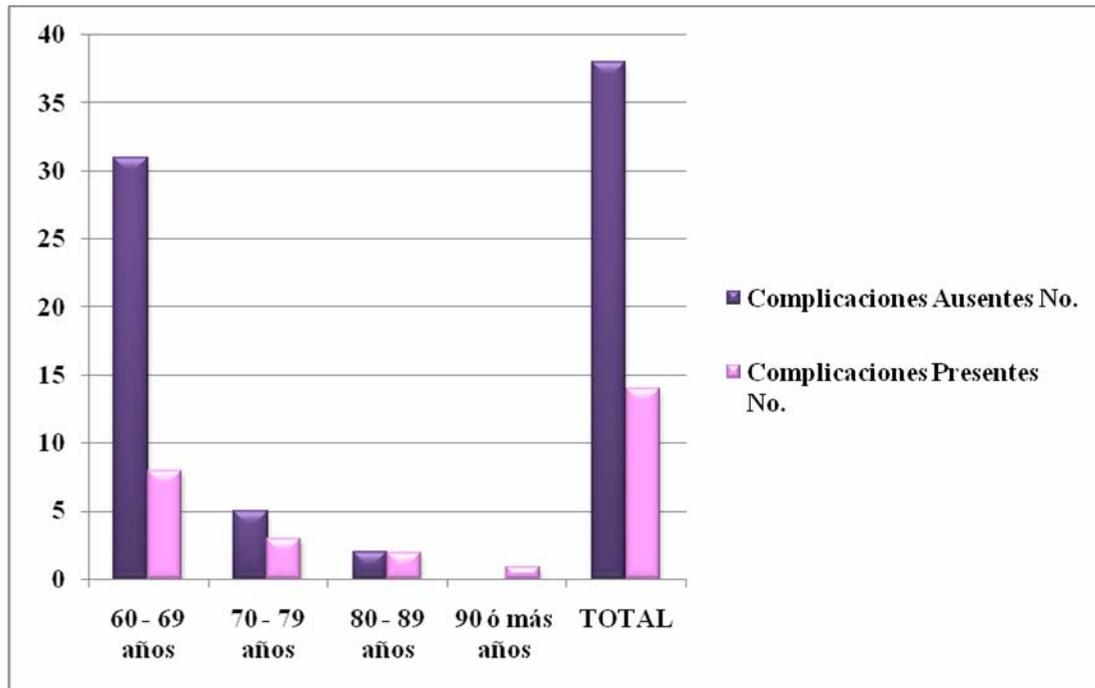


Figura 4.7. Correlación entre edad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro demuestra la relación obtenida al comparar la edad de los pacientes estudiados con las complicaciones postoperatorias. 15,38% de las complicaciones postoperatorias se presentaron en el rango de edad comprendido entre 60 y 69 años, 5,77% en el rango de 70 y 79 años de edad, 3,85% entre 80 y 89 años y 1,92% de las complicaciones se presentó en los pacientes con edad de 90 ó más años.

4.8. Correlación entre sexo y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda

Tabla 4.8. Correlación entre sexo y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

SEXO	Complicaciones			
	Ausentes		Presentes	
	No.	%	No.	%
FEMENINO	18	34,62	7	13,46
MASCULINO	20	38,46	7	13,46
TOTAL	38	73,08	14	26,92

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: Ambos sexos presentaron el mismo porcentaje de pacientes con complicaciones postoperatorias (13,46%).

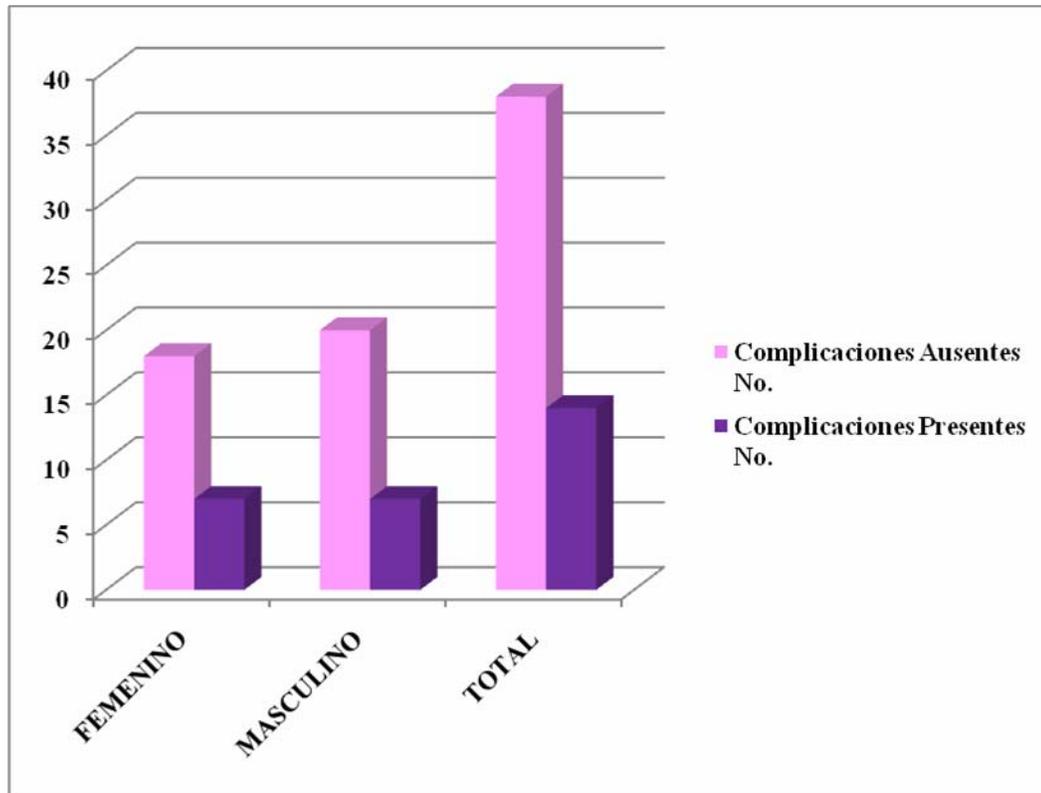


Figura 4.8. Correlación entre sexo y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: Ambos sexos presentaron el mismo porcentaje de pacientes con complicaciones postoperatorias (13,46%).

4.9. Correlación entre estadio anatomopatológico y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda

Tabla 4.9. Correlación entre estadio anatomopatológico y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Estadio anatomopatológico	Complicaciones Postoperatorias			
	Ausentes		Presentes	
	No.	%	No.	%
Congestiva	3	5,77	0	0
Flegmonosa	11	21,15	1	1,92
Gangrenosa	18	34,63	4	7,69
Perforada	6	11,54	9	17,31
TOTAL	38	73,08	14	26,92

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro muestra la correlación que se encontró al comparar el estadio anatomopatológico con las complicaciones postoperatorias de los pacientes estudiados. Puede evidenciarse que 9 (17,31%) de los pacientes que presentaron apendicitis perforada tuvieron complicaciones postoperatorias, 4 (7,69%) de los que cursaron con apendicitis gangrenosa presentó algún tipo de complicación, sólo un 1,92% de las apendicitis flegmonosas cursó con complicación postoperatoria. Por otra parte, los pacientes adultos mayores con apendicitis congestiva no presentaron ninguna complicación postoperatoria.

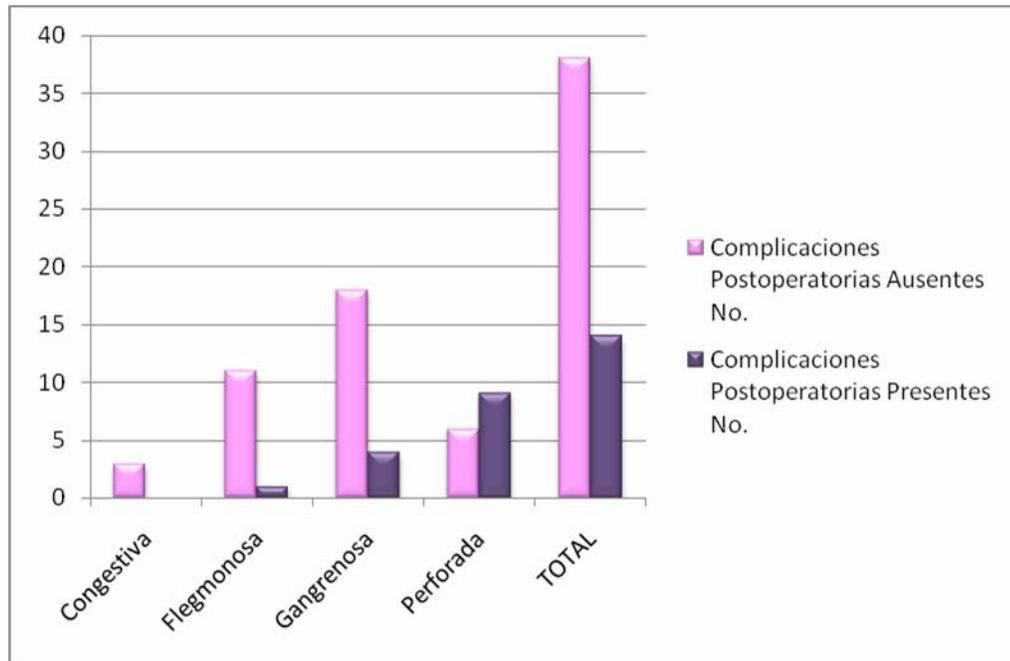


Figura 4.9. Correlación entre estadio anatomopatológico y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro muestra la correlación que se encontró al comparar el estadio anatomopatológico con las complicaciones postoperatorias de los pacientes estudiados. Puede evidenciarse que 9 (17,31%) de los pacientes que presentaron apendicitis perforada tuvieron complicaciones postoperatorias, 4 (7,69%) de los que cursaron con apendicitis gangrenosa presentó algún tipo de complicación, sólo un 1,92% de las apendicitis flegmonosas cursó con complicación postoperatoria. Por otra parte, los pacientes adultos mayores con apendicitis congestiva no presentaron ninguna complicación postoperatoria.

4.10. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso intraabdominal de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda

Tabla 4.10 Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso intraabdominal de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Estadio anatomopatológico	Absceso intraabdominal			
	Ausentes		Presentes	
	No.	%	No.	%
Congestiva	3	5,77	0	0
Flegmonosa	11	21,15	1	1,92
Gangrenosa	22	42,3	0	0
Perforada	12	23,07	3	5,77
TOTAL	48	92,3	4	7,7

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro demuestra la relación obtenida al comparar el estadio anatomopatológico y el tipo de complicación encontrada. 5,77% de los pacientes que presentaron apéndice perforada tuvieron como complicación postoperatoria absceso intraabdominal, 1 de los casos estudiados (1,92%) que cursó con apendicitis gangrenosa tuvo esta misma complicación, el resto de los estadios anatomopatológicos no presentó este tipo de complicación postoperatoria.

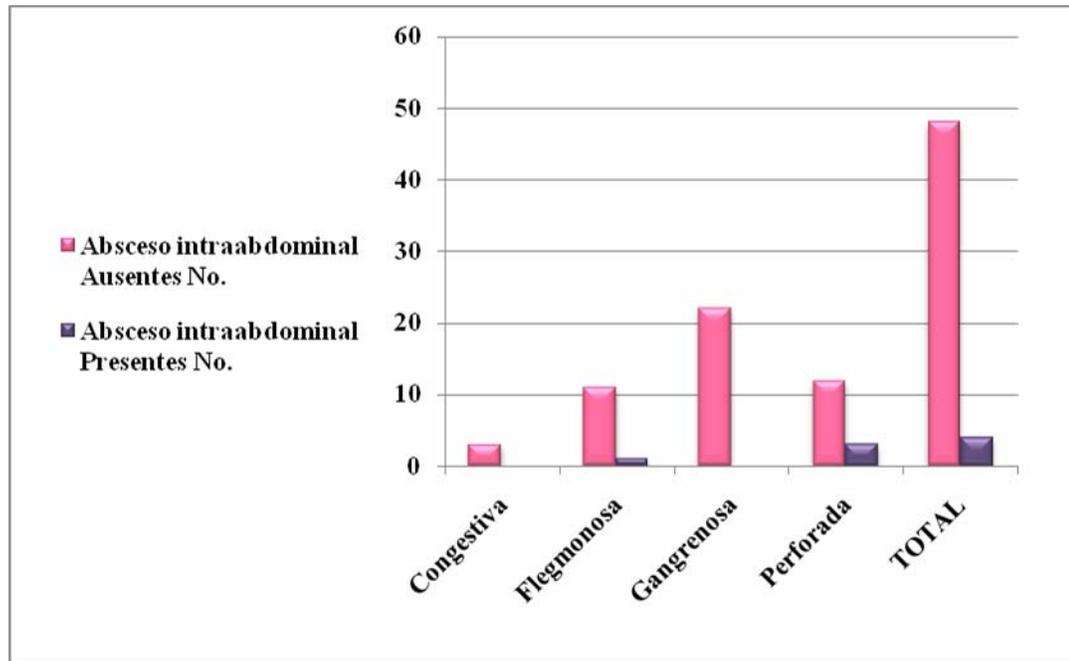


Figura 4.10. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso intraabdominal de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro demuestra la relación obtenida al comparar el estadio anatomopatológico y el tipo de complicación encontrada. 5,77% de los pacientes que presentaron apéndice perforada tuvieron como complicación postoperatoria absceso intraabdominal, 1 de los casos estudiados (1,92%) que cursó con apendicitis gangrenosa tuvo esta misma complicación, el resto de los estadios anatomopatológicos no presentó este tipo de complicación postoperatoria.

4.11. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso de pared de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda

Tabla 4.11. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso de pared de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

ESTADIO ANATOMOPATOLÓGICO	ABSCESO DE PARED			
	Ausente		Presente	
	No.	%	No.	%
Congestiva	3	5,77	0	0
Flegmonosa	12	23,08	0	0
Gangrenosa	19	36,54	3	5,77
Perforada	11	21,15	4	7,69
TOTAL	45	86,54	7	13,46

Fuente: Archivos de historias médica

Análisis: El presente cuadro demuestra la relación obtenida al comparar el estadio anatomopatológico y el tipo de complicación encontrada. 7,69% de los pacientes que presentaron apéndice perforada tuvieron como complicación postoperatoria absceso de pared y 5,77% de los que cursaron con apendicitis gangrenosa tuvo esta misma complicación, el resto de los estadios anatomopatológicos no presentó este tipo de complicación postoperatoria.

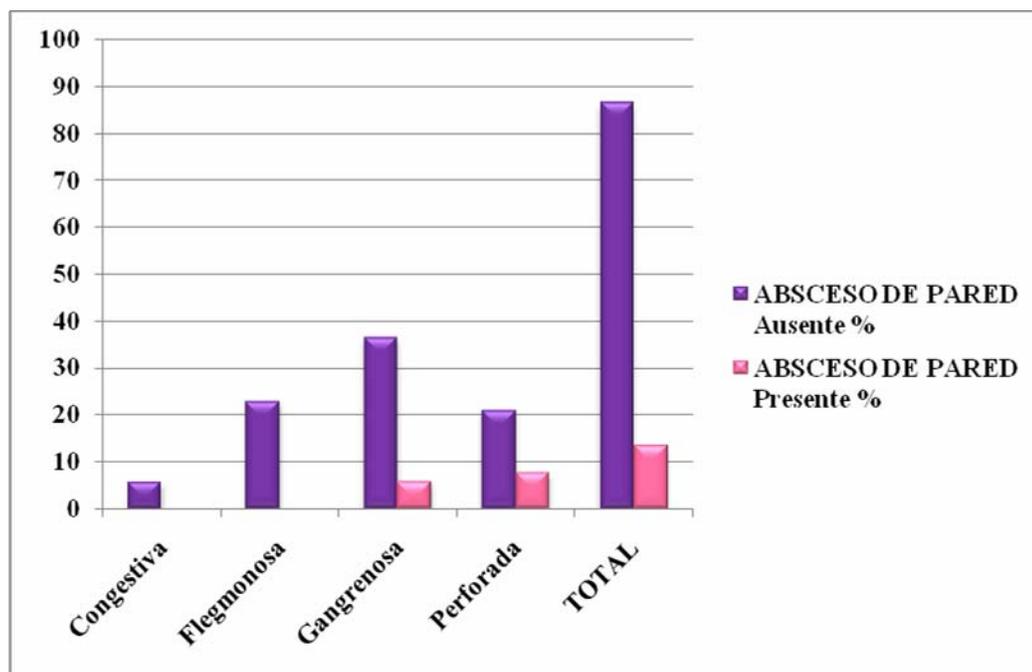


Figura 4.11. Correlación entre estadio anatomopatológico y absceso de pared de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro demuestra la relación obtenida al comparar el estadio anatomopatológico y el tipo de complicación encontrada. 7,69% de los pacientes que presentaron apéndice perforada tuvieron como complicación postoperatoria absceso de pared y 5,77% de los que cursaron con apendicitis gangrenosa tuvo esta misma complicación, el resto de los estadios anatomopatológicos no presentó este tipo de complicación postoperatoria.

4.12. Correlación entre comorbilidad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda

Tabla 4.12. Correlación entre comorbilidad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Comorbilidad	Complicaciones			
	Ausentes		Presentes	
	No.	%	No.	%
Diabetes mellitus	5	17,86	0	0
HTA	13	46,43	2	7,14
HTA/Cardiopatía	2	7,14	3	10,72
HTA/Diabetes mellitus	1	3,57	0	0
Insuficiencia renal crónica/Cardiopatía	0	0	1	3,57
Ulcus péptico	0	0	1	3,57
TOTAL	21	75	7	25

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro muestra la correlación que se encontró al comparar la comorbilidad con las complicaciones postoperatorias de los pacientes estudiados. Puede evidenciarse que 10,72% de los pacientes que presentaron hipertensión arterial sistémica más algún tipo de cardiopatía tuvieron complicaciones postoperatorias, 7,14% de los que sólo eran hipertensos también presentaron algún tipo de complicación, sólo 1 paciente presentó como comorbilidad insuficiencia renal

crónica, el cual presentó complicaciones postoperatoria representando el 3,75% del total de pacientes estudiados y 1 paciente con ulcus péptico se complicó representando el 3,57%.

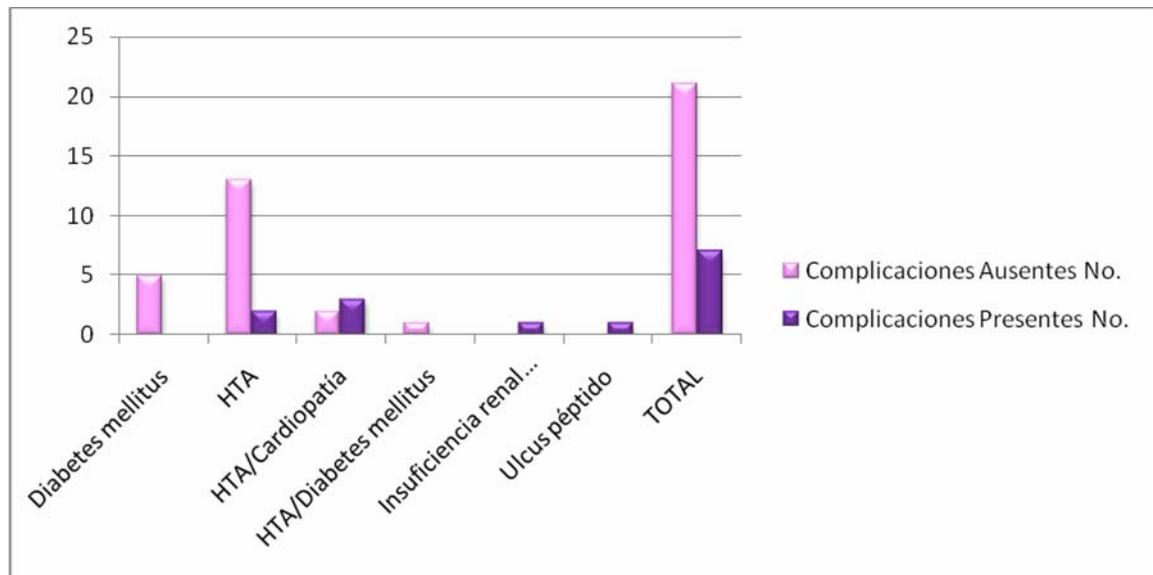


Figura 4.12. Correlación entre comorbilidad y complicaciones postoperatorias de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona estado Anzoátegui enero 1999 diciembre 2008.

Fuente: Archivos de historias médicas

Análisis: El presente cuadro muestra la correlación que se encontró al comparar la comorbilidad con las complicaciones postoperatorias de los pacientes estudiados. Puede evidenciarse que 10,72% de los pacientes que presentaron hipertensión arterial sistémica más algún tipo de cardiopatía tuvieron complicaciones postoperatorias, 7,14% de los que sólo eran hipertensos también presentaron algún tipo de complicación, sólo 1 paciente presentó como comorbilidad insuficiencia renal crónica, el cual presentó complicaciones postoperatoria representando el 3,75% del

total de pacientes estudiados y 1 paciente con ulcus péptico se complicó representando el 3,57%.

4.13. Discusión

Entre enero 1999 y diciembre 2008 fueron operados de apendicitis aguda 52 pacientes adultos mayores, estos representan 1,06% de los 4887 casos de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui. Este porcentaje fue inferior a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación de Chian y colaboradores (1996) en el cual los pacientes mayores de 60 años con esta patología representaron 3,89% de un total de 4447 casos atendidos en un período de 10 años.

La edad de los pacientes seleccionados para el estudio estuvo comprendida entre los 60 y 90 años. El mayor porcentaje (75%) de casos de apendicitis aguda se presentó en el rango de edad de 60 - 69 años, cifras que coinciden con la investigación realizada por Morales y colaboradores (2002), donde el 52,4% de los pacientes fueron adultos mayores de este rango de edad.

Se observó ligera prevalencia en el sexo masculino con un 51,92%; teóricamente, después de los 25 años de edad la frecuencia de la apendicitis aguda disminuye gradualmente entre los varones hasta ser similar para uno y otro sexo. Si comparamos estos resultados con el trabajo de investigación de Chian y colaboradores (1996) observamos que en este caso no hubo diferencias significativas en cuanto al sexo. Ambos sexos presentaron el mismo porcentaje de pacientes con complicaciones postoperatorias (13,46%).

De los 52 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, 15 presentaron como antecedentes personales hipertensión arterial sistémica, 5 pacientes eran diabéticos, 5 presentaban además de hipertensión arterial algún tipo de cardiopatía, 1 paciente tuvo como comorbilidad insuficiencia renal crónica y 1 enfermedad gastrointestinal, específicamente úlcus péptico. Alvarez y colaboradores (2002), reportaron en su estudio que el antecedente patológico más frecuente fue cardiovascular con 41,7% de los pacientes. De estos pacientes, el mayor porcentaje de complicaciones postoperatorias estuvo presente en hipertensos con cardiopatía asociada, representando el 10,72% del total de pacientes, seguido de 7,14% de las complicaciones en hipertensos, 3,75% en aquellos con insuficiencia renal crónica. La presencia de éstas condiciones y enfermedades crónicas coexistentes ha sido enunciada como un factor que dificulta o retrasa el diagnóstico de apendicitis, debido a que los signos y síntomas clásicos, suelen ser enmascarados por otros, propios de la condición o enfermedad crónica o porque estas otras producen algún grado de inmunosupresión que hace a los pacientes menos sintomáticos, asociándose a mayor riesgo de complicaciones postoperatorias.

Dentro de los hallazgos operatorios en el grupo estudiado, observamos que el 42,31% presentó apendicitis aguda gangrenosa, seguido de 28,84% (15 pacientes) con perforación del apéndice. Este valor fue compatible con otros estudios como el de Alvarez y colaboradores (2002), donde el estadio anatomopatológico más frecuente era el de gangrena apendicular. Morales y colaboradores (2002), también encontraron que la fase gangrenosa fue la más frecuente seguida de la apendicitis congestiva. La explicación del predominio de estos dos estadios es como consecuencia de cambios apendiculares de tipo atrófico, en especial en la mucosa, como también en la vasculatura asociada a una disminución del tejido linfático; no se descartan la importancia que puede tener la dificultad en el diagnóstico, con la consiguiente demora en el tratamiento quirúrgico.

Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 26,93% de los pacientes que integran la muestra de estudio, de los cuales la complicación más frecuente fue el absceso de pared. De los 52 pacientes ingresados por apendicitis aguda, 7 presentaron absceso de pared, 4 pacientes cursaron con absceso intraabdominal, 1 presentó evisceración, 1 paciente se complicó con neumonía y 1 paciente falleció a causa de sepsis. Las complicaciones postoperatorias que fueron evaluadas en este trabajo son las que fueron observadas durante el periodo de hospitalización que en promedio fue 3.90 días y los que se reportaron en la consulta externa de cirugía general. Se demuestra que la complicación postoperatoria predominante fue el absceso de pared lo que coincide con los valores obtenidos por Alvarez y colaboradores (2002) y Morales y colaboradores (2002), donde estas complicaciones representaron el 24% y 22,9% respectivamente.

Las complicaciones postoperatorias en un 17,31% predominaron en aquellos pacientes que presentaron perforación del apéndice, de los cuales 7,96% presentaron absceso de pared y un 5,77% cursaron con absceso intraabdominal. Chian y colaboradores (1996), obtuvieron resultados similares, los pacientes con apéndice perforada que presentaron complicaciones postoperatorias, representaron 44%, siendo la infección del sitio operatorio la complicación más frecuente en esta fase.

Se observó en este estudio, que el riesgo de complicaciones postoperatorias es directamente proporcional a la edad, ya que de los 5 pacientes con edades entre 70 y 79 años, 3 cursaron con complicaciones y el 100% de los pacientes mayores de 80 años también sufrieron complicaciones postoperatorias.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- 1.** Los adultos mayores representaron 1,06% del total de pacientes con apendicitis aguda.
- 2.** La apendicitis aguda fue más frecuente en el rango edad comprendido entre 60 y 69 años.
- 3.** Se observó un ligero predominio en el sexo masculino de apendicitis aguda y complicaciones postoperatorias.
- 4.** La comorbilidad predominante fue la hipertensión arterial sistémica, con el 28,85%.
- 5.** Como hallazgo operatorio macroscópico el 42,31% correspondió a apéndice en fase gangrenosa.
- 6.** La complicación postoperatoria se presentó en un 26,93% de los pacientes estudiados, siendo la más frecuente el absceso de pared en un 13,47%, seguido de 7,69% con absceso intraabdominal.

7. El riesgo de complicaciones postoperatorias es directamente proporcional a la edad, ya que de los 5 pacientes con edades entre 70 y 79 años, 3 cursaron con complicaciones y el 100% de los pacientes mayores de 80 años también sufrieron complicaciones postoperatorias.
8. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en mayor número en pacientes con hipertensión arterial sistémica y en aquellos que tenían cardiopatías asociadas.
9. El mayor número de complicaciones postoperatorias se presentó en aquellos pacientes con apendicitis perforada.

5.2. Recomendaciones

1. Realizar un interrogatorio adecuado sobre el cuadro clínico, haciendo una descripción minuciosa del mismo.
2. Fomentar en los cirujanos especialistas y residentes del postgrado de cirugía general la importancia del conocimiento de la evolución de esta patología en el paciente adulto mayor.
3. Educar e incentivar a cirujanos especialistas y residentes del postgrado de cirugía general a realizar notas operatorias lo suficientemente explicativas y que por si sola describan adecuadamente los hallazgos de la intervención quirúrgica.

4. Realizar jornadas de educación con la finalidad de informar al paciente adulto mayor y sus familiares sobre esta patología, lo cual conducirá a un mejor manejo del problema y diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez, R., Bustos, V., Torres, O., Cancino, A. (2002). Apendicitis aguda en mayores de 70 años. *Revista Chilena de cirugía*. 54(4), 345- 349.
2. Arias, E. (1994). Apéndice. Experiencia del Hospital Ramón Gonzales Valencia. *Revista Colombiana de Cirugía*. 9(4), 201-206.
3. Brunicardi, C., Andersen, D., Billiar, T., Dunn, D., Hunter, J., Pollock, R. (2007). *Manual de cirugía*. México: Mc Graw Hill.
4. Cardenas, G. (1992). Etiología de la apendicitis aguda. ¿Es la posición anatómica un factor predisponente?. *Revista Colombiana de cirugía*, 7(1), 34-37.
5. Chian, V., Vicuña, V., Ricardo, I., Baracco, V. (1996). Apendicitis aguda en el anciano: Aspectos clínicos y de laboratorio. *Revista Medica Herediana*. 7(1), 17-23.
6. Cooperman M. (1984). Complicaciones de la apendicectomía. *Revista Clinica Quirurgica Norteamericana* 6(2)1230-1241.
7. Dione, M. (2004). Centro de Recreación para Adultos Mayor. Tesis Licenciatura. Arquitectura. Departamento de Arquitectura, Escuela de Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla.

8. Dunphy, J., Botsford, T. (1976). *Propedéutica quirúrgica. Introducción a la cirugía clínica*. México: Nueva Editorial Interamericana.
9. Freund, H., Rubinstein, E. (1980). Appendicitis in the aged: is it really defferent?. *American Journal of Surgical*, (50), 573-576.
10. Hirsch, S., Wilder, J. (1987). Acute appendicitis in hospital patiens aged over 60 years. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*. 54(1), 29-33.
11. Jones, P. (1978). *Cirugía Abdominal de Urgencias*. Barcelona: Salvat Editores.
12. Lau, W., Yiu, T., Chu, K. (1985). Acute appendicitis in the elderly. *Surgery Gynecology & Obstetrics*. 161(1), 157-160.
13. Mikler, R., Buitrago, R., Escallon, J. (1987). Apendicitis aguda. *Revista Colombiana de Cirugía*. 11(3), 131-137.
14. Morales, R., Ordinales, J., Salcedo, L., Lahaba, N., Fernández, S. (2002). Morbilidad y Mortalidad de la Apendicitis Aguda en los Pacientes Geriatricos, 1990 – 1999. *Revista Cubana de Cirugía*. 41(1), 28-32.
15. Patiño, J. (2001). *Lecciones de Cirugía*. Bogotá:Editorial Medica Panamericana.
16. Pera, C. (1983). *Cirugía: Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A.

17. Perez, R. (2000). Apendicitis aguda en ancianos creencias y realidad/Acute apendicitis in elderly y patients-beliefs and reality. *Carta medica de A.I.S. Bolivia*. 15(1), 3-17.
18. Quiroga, A., Pérez, C., Bonilla, R., Castrillón, C., Navarro, P., Díaz, A. (2000). Diagnóstico de Apendicitis Aguda en un Centro de Referencia. Un Enfoque Basado en la Evidencia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 15(3), 278-281.
19. Rao, P., Rhea, J., Novelline, R., Mostafavi, A., Mc Cabe, C. (1998). Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. *The New England Journal of Medicine*, (338): 141-146.
20. Rivera, A., Ruiz, M., Montero, R. (2005). Apendicitis aguda en el adulto mayor. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica*. 62(573), 151-155.
21. Rodríguez, F., Viteri, Y. (2008). *Manejo del paciente politraumatizado*. Caracas: Editorial Disinlimed.
22. Temple, C., Huchcroft, S., Temple, W. (1995). The natural History of Appendicitis in adults. A prospective study. *Annals of Surgery*, 221(3), 278-281.
23. Townsend C. (2003). *Tratado de patología quirúrgica*. México D.F.: Mc Graw Hill.
24. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Departamento Académico de Cirugía. (1999). *Cirugía: I cirugía general*. Lima: UNMSM.

25. Varela, L., Carcelén, A., Manrique de Lara, G. Estudio comparativo de atención pacientes mayores y menores de 60 años. *Revista Medica Herediana*. 3(5), 60-67.
26. Vogt, D. (1990). The acute abdomen in the geriatric patient. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 57(2), 125-130.
27. William, G. (1983). History of surgeons for appendicitis. *Annals of Surgery*, 191(5), 495-506.
28. Zundel, N., Albis, R. (1992). Apendicitis crónica y/o apendicitis recurrente. *Revista Colombiana de cirugía*, 7(1), 38-42.

Anexos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Historia: _____

Fecha de Ingreso: _____

Edad: _____

Sexo:

Femenino	
Masculino	

Comorbilidad:

Diabetes Mellitas	
HTA	
CIC	
EPOC	
Otros	

Diagnóstico de Ingreso:

Hallazgos Quirúrgicos Macroscópicos:

Apendicitis congestiva o catarral	
Apendicitis Flemonosa o Supurativa	
Apendicitis Gangrenosa o Necrótica	
Apendicitis Perforada	

Diagnóstico postoperatorio:

Complicaciones postoperatorias:

Fecha de egreso: _____

No.	No. de historia	Edad	Sexo	Comorbilidad	Dx de ingreso	Hallazgo Qx	Dx postoperatorio	Complicación postoperatoria	Fecha ingreso	Fecha egreso
1	43.61.11	69	M	Ninguna	Obstrucción intestinal	Perforada	Peritonitis apendicular	Absceso intraabdominal	04/03/1999	19/03/1999
2	43.78.03	75	M	Ninguna	Peritonitis apendicular	Perforada	Peritonitis apendicular	Absceso intraabdominal	18/04/1999	01/05/1999
3	06.01.30	68	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Peritonitis de origen apendicular	Ninguna	18/05/1999	22/05/1999
4	14.81.84	60	F	HTA	Peritonitis punto de partida apendicular	Perforada	Peritonitis secundaria punto de partida apendicular	Ninguna	24/05/1999	28/05/1999
5	21.61.18	74	F	HTA	Obstrucción intestinal	Gangrenosa	Plastraón apendicular abscedado	Absceso de pared	01/09/1999	12/09/1999
6	50.25.77	79	F	DM	Apendicitis aguda	Perforada	Apendicitis aguda en fase perforada	Ninguna	06/02/2000	11/02/2000
7	23.42.05	87	F	HTA	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda gangrenosa	Ninguna	16/02/2000	18/02/2000
8	50.43.73	78	M	HTA/Carótop	Úlcus péptico perforado	Perforada	Peritonitis secundaria punto de partida apendicular	Absceso de pared	15/03/2000	25/03/2000
9	51.14.83	60	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda supurada	Ninguna	31/07/2000	02/08/2000
10	51.22.69	63	F	Cardiopatía	Úlcus péptico perforado	Flegmonosa	Apendicitis aguda supurada	Ninguna	20/08/2000	22/01/2000

No.	No. de historia	Edad	Sexo	Comorbilidad	Dx de ingreso	Hallazgo Qx	Dx postoperatorio	Complicación postoperatoria	Fecha ingreso	Fecha egreso
11	27.75.79	65	M	Ninguna	Úlcus péptico perforado	Perforada	Peritonitis punto de partida apendicular	Neumonía	04/01/2001	10/01/2001
12	52.52.75	63	M	Ninguna	Peritonitis punto de partida apendicular	Perforada	Peritonitis punto de partida apendicular	Absceso de pared	17/05/2001	22/05/2001
13	00.46.24	60	F	HTA/DM	Peritonitis apendicular	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	06/06/2001	08/06/2001
14	52.81.41	66	M	Ninguna	Peritonitis apendicular	Perforada	Peritonitis punto de partida apendicular	Ninguna	03/07/2001	06/07/2001
15	03.10.30	60	F	Ninguna	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	21/11/2001	24/11/2001
16	53.73.05	61	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Ninguna	13/02/2002	15/02/2002
17	54.17.76	63	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Fístula apendicular abscedado	Ninguna	11/07/2002	15/07/2002
18	09.93.91	64	F	HTA	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Ninguna	28/07/2002	29/07/2002
19	54.32.76	65	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Ninguna	10/09/2002	12/09/2002
20	11.79.15	82	F	HTA	Isquemia intestinal	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	14/11/2002	17/11/2002

No.	No. de historia	Edad	Sexo	Comorbilidad	Dx de ingreso	Hallazgo Qx	Dx postoperatorio	Complicación postoperatoria	Fecha ingreso	Fecha egreso
21	55.29.13	60	M	Ninguna	Peritonitis de origen apendicular	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	17/06/2003	21/06/2003
22	55.28.76	67	F	HTA	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Ninguna	17/06/2003	20/06/2003
23	55.41.17	63	F	HTA	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Ninguna	18/07/2003	20/07/2003
24	21.91.35	73	M	HTA	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Ninguna	17/10/2003	20/10/2003
25	56.75.02	62	F	Ninguna	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Ninguna	11/05/2004	14/05/2004
26	56.18.20	65	M	Ninguna	Peritonitis de origen apendicular	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	10/01/2004	14/01/2004
27	58.18.93	69	F	HTA	Peritonitis de origen apendicular	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Absceso intraabdominal	06/04/2005	17/04/2005
28	51.97.02	63	M	DM	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	07/04/2005	11/04/2005
29	20.65.96	60	M	HTA	Apendicitis aguda	Congestiva	Apendicitis aguda fase congestiva	Ninguna	23/06/2005	24/06/2005
30	58.75.41	70	M	Ninguna	Peritonitis de origen apendicular	Perforada	Peritonitis punto de partida apendicular	Ninguna	01/08/2005	06/08/2005

No.	No. de historia	Edad	Sexo	Comorbilidad	Dx de ingreso	Hallazgos Qx	Dx postoperatorio	Complicación postoperatoria	Fecha ingreso	Fecha egreso
31	59.29.46	70	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Peritonitis localizada punto de partida apendicular	Ninguna	06/11/2005	10/11/2005
32	59.31.82	61	F	HTA	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	13/11/2005	16/11/2005
33	59.36.58	66	M	Ninguna	Peritonitis punto de partida apendicular	Gangrenosa	Peritonitis localizada punto de partida apendicular	Ninguna	18/11/2005	23/11/2005
34	16.00.36	87	F	Ninguna	Peritonitis punto de partida apendicular	Perforada	Peritonitis secundaria a plastico apendicular abscedado roto	Muerte	25/11/2005	26/11/05
35	57.73.42	62	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Congesiva	Apendicitis fase congesiva	Ninguna	17/12/2006	19/12/2006
36	61.26.59	62	M	HTA/Cardiopat	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis aguda fase supurada	Ninguna	30/11/2006	03/12/2006
37	60.08.34	60	F	Ninguna	Apendicitis aguda	Congesiva	Apendicitis aguda fase congesiva	Ninguna	06/05/2006	10/05/2006
38	60.56.18	60	F	DM	Apendicitis aguda	Perforada	Peritonitis punto de partida apendicular	Ninguna	29/07/2006	02/08/2006
39	01.52.22	67	F	HTA	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Peritonitis localizada punto de partida apendicular	Ninguna	01/09/2006	04/09/2006

No.	No. de historia	Edad	Sexo	Comorbilidad	Dx de ingreso	Hallazgo Qx	Dx postoperatorio	Complicación postoperatoria	Fecha ingreso	Fecha egreso
40	61.78.11	81	M	InsufRenal crónica/Cardiop	Obstrucción intestinal	Perforada	Peritonitis localizada punto de partida apendicular	Absceso de pared	05/03/2007	13/03/2007
41	61.53.37	60	M	HTA	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	18/01/2007	20/01/2008
42	26.87.22	90	F	HTA/Cardiop	Obstrucción intestinal	Perforada	Peritonitis localizada punto de partida apendicular	Absceso de pared	20/06/2007	01/07/2007
43	62.81.93	60	F	Ninguna	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	19/09/2007	27/09/2007
44	11.08.78	71	F	HTA	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Evisceración	30/10/2007	01/11/2007
45	55.57.33	65	F	HTA	Apendicitis aguda	Flegmonosa	Apendicitis supurada	Ninguna	21/01/2008	23/01/2008
46	63.52.11	64	F	DM	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	08/02/2008	13/02/2008
47	63.59.94	64	F	Ninguna	Obstrucción intestinal	Perforada	Peritonitis punto de partida apendicular	Absceso intraabdominal/Neumonia	26/02/2008	11/03/2008
48	11.62.71	61	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	08/05/2008	11/05/2008
49	64.08.71	62	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Ninguna	08/06/2008	12/06/2008

No.	No. de historia	Edad	Sexo	Comorbilidad	Dx. de ingreso	Hallazgo Qx	Dx. postoperatorio	Complicación postoperatoria	Fecha ingreso	Fecha egreso
50	16.13.16	63	F	HTA	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Absceso de pared	15/08/2008	18/08/2008
51	64.82.26	65	M	DM	Obstrucción intestinal	Perforada	Peritonitis punto de partida apendicular	Ninguna	07/11/2008	11/11/2008
52	26.73.94	60	M	Ninguna	Apendicitis aguda	Gangrenosa	Apendicitis aguda fase gangrenosa	Absceso de pared	28/12/2008	31/12/2008

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO**

TÍTULO	“FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI” DE BARCELONA ESTADO ANZOÁTEGUI ENERO 1999 DICIEMBRE 2008”
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Beltrán Marín, Annya Lorena	CVLAC: 17.014.031
Yanes Liendo, Jesmar Cristina	CVLAC: 16.067.175

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

ADULTO MAYOR

APENDICITIS AGUDA

COMORBILIDAD

COMPLICACIONES

POSTOPERATORIAS

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUB ÁREA
Ciencia de Salud	Cirugía

RESUMEN (ABSTRACT):

El incremento de la expectativa de vida en las personas mayores de 60 años ha significado que los médicos diagnostiquen más frecuentemente en ellos apendicitis aguda, constituyendo un grupo de alto riesgo de complicaciones postoperatorias, asociadas a factores predisponentes como edad, sexo, comorbilidad y fase de la apendicitis. Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo con 52 pacientes intervenidos en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, en el período comprendido entre enero 1999 diciembre 2008. Resultados: Los adultos mayores representaron 1,06% del total de pacientes con apendicitis aguda, rango edad comprendido entre 60 – 69 años representó el 75%, ligero predominio en el sexo masculino con un 51,92%, la comorbilidad predominante fue la hipertensión arterial sistémica, con el 28,84%, como hallazgo operatorio macroscópico el 42,3% correspondió a apéndice en fase gangrenosa, la complicación postoperatoria se presentó en un 26,93% de los pacientes estudiados. Conclusiones: Se asociaron a mayor frecuencia de complicaciones postoperatorias: edad entre 60 – 69 años, sexo masculino, antecedentes personales de hipertensión arterial sistémica, presencia de apendicitis perforada, se asoció a absceso de pared y absceso intraabdominal siendo las complicaciones postoperatorias predominantes.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E-MAIL				
AGUSTIN VIEIRA	ROL	CA	AS X	TU	JU
	CVLAC:	7.244.220			
	e-mail:	<u>vieiraagust@hotmail.com</u>			
RAFAEL LUCAS	ROL	CA X	AS	TU	JU
	CVLAC:	3.852.625			
	e-mail:	<u>libranovirgo@hotmail.com</u>			
JULIO MARTINEZ	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	1.176.567			
	e-mail:	<u>juliomart@cantv.net</u>			
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	e-mail:				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2009	06	09
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis.FactoresPostoperatorias_ApendicitisAguda_Adultos.doc	Aplicación/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K L M N O P Q
R S T U V W X Y Z . a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z . 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 .

ALCANCE

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____ OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Medico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Cirugía

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente Núcleo de Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**DERECHOS**

De acuerdo al artículo 44 del Reglamento de Trabajo de Grado:

“Los Trabajos de Grado son exclusiva propiedad de la Universidad y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario”

AUTOR

BELTRÁN ANNYA

AUTOR

YANES JESMAR

TUTOR

AGUSTIN VIEIRA

JURADO

RAFAEL LUCAS

JURADO

JULIO MARTINEZ

PROF. MARÍA OVALLES

POR LA SUBCOMISION DE TESIS