

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



**MORBILIDAD POST – OPERATORIA EN PACIENTES  
EMBARAZADAS CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”, ENERO 1999 - DICIEMBRE 2008.**

**Asesor:**

Agustín Vieira.

**Elaborado Por:**

Alfonzo Estaba, Gilcelys Isabel.

**Trabajo de grado presentado ante la universidad de oriente para optar al  
título de: MEDICO CIRUJANO**

**Barcelona, Junio 2009.**

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



**MORBILIDAD POST – OPERATORIA EN PACIENTES  
EMBARAZADAS CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”, ENERO 1999 - DICIEMBRE 2008.**

**Asesor:**

Agustín Vieira.

**Elaborado Por:**

Alfonzo Estaba, Gilcelys Isabel.

**Trabajo de grado presentado ante la universidad de oriente para optar al  
título de: MEDICO CIRUJANO**

**Barcelona, Junio 2009.**

## INDICE.

|  |     |
|--|-----|
| RESUMEN.....                                 | V   |
| DEDICATORIA.....                             | VII |
| AGRADECIMIENTOS.....                         | IX  |
| INTRODUCCIÓN.....                            | 13  |
| CAPITULO I. EL PROBLEMA. ....                | 17  |
| 1.1. Planteamiento Del Problema. ....        | 17  |
| 1.2. Justificación.....                      | 19  |
| 1.3. Sistemas De Objetivos.....              | 20  |
| 1.3.1. Objetivo Generales. ....              | 20  |
| 1.3.2. Objetivos Específicos.....            | 20  |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....              | 22  |
| 2.1. Función Y Desarrollo Del Apéndice ..... | 22  |
| 2.2. Apendicitis Durante El Embarazo.....    | 23  |
| 2.2.1. Frecuencia.....                       | 24  |
| 2.2.2. Diagnóstico.....                      | 25  |
| 2.2.3. Diagnóstico Diferencial.....          | 27  |
| 2.2.4. Pronóstico.....                       | 29  |
| 2.2.5. Tratamiento.....                      | 29  |
| 2.3. Morbilidad Materno – Fetal.....         | 30  |
| 2.4. Complicaciones Postoperatoria.....      | 31  |
| CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....        | 37  |
| 3.1. Tipo De Investigación.....              | 37  |
| 3.2. Según El Diseño.....                    | 37  |
| 3.3. Universo.....                           | 37  |
| 3.4. Área De Estudio.....                    | 38  |

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 3.5. Criterios De Inclusión.....                        | 38                                   |
| 3.6. Criterios De Exclusión.....                        | 38                                   |
| 3.7. Técnica De Análisis Y Procesamiento De Datos. .... | 39                                   |
| 3.7. Materiales Y Métodos. ....                         | 39                                   |
| CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | 40                                   |
| CAPÍTULO V. DISCUSIÓN. ....                             | 50                                   |
| 5.1. Discusiones.....                                   | 50                                   |
| CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. ....       | 52                                   |
| 6.1. Conclusiones.....                                  | 52                                   |
| 6.2. Recomendaciones. ....                              | 54                                   |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....                        | 56                                   |
| ANEXOS.....   | 59                                   |
| METADATOS.....  | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |

## **RESUMEN.**

### **MORBILIDAD POST – OPERATORIA EN PACIENTES EMBARAZADAS CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR LUIS RAZETTI” ENERO 1999 - DICIEMBRE 2008.**

**Alfonzo E. Gilcelys I; Vieira Agustín; Servicio de cirugía. Departamento de Cirugía. Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona. Estado Anzoátegui. Venezuela.**

En 1886 Reginald Fitz, de Boston hizo una contribución decisiva al analizar el apéndice como la causa primaria de inflamación en el cuadrante inferior derecho. Este autor acuñó el término *apendicitis* y, lo que es más importante, recomendó el tratamiento quirúrgico temprano en la enfermedad. Definiéndose así a la Apendicitis aguda como al proceso de inflamación de la apéndice vermiforme el cual es una vestigio del intestino grueso, que de acuerdo a su fisiopatología conlleva a distintos hallazgos anatomopatológico y fases evolutivas como lo son: la fase catarral, fase flegmonosa, fase supurativa, fase gangrenosa y fase perforada, que en el caso de la mujer embarazada si no se tiene un diagnóstico y tratamiento oportuno, puede conllevar a que aumente la morbilidad fetal o la mortalidad materno – fetal, ya que la apendicitis puede ocasionar desprendimiento de placas necróticas y traer como consecuencia una peritonitis localizada o generalizada. Entre las complicaciones de la apendicectomía por apendicitis no perforada tenemos las infecciones de la herida quirúrgica y entre las complicaciones de la apendicectomía por apendicitis perforada tenemos la peritonitis. En éste estudio Retrospectivo, se tomó como muestra 30 pacientes embarazadas con apendicitis aguda, en donde se obtuvo de acuerdo al número de gestas hubo una prevalencia de la apendicitis aguda en mujeres

multigestas seguidas de las primigestas, así mismo una prevalencia entre el grupo etáreo comprendido entre los 19-26 años, mayores casos de apendicitis durante el segundo trimestre, encontrando que la fase más predominante era la fase catarral. De las 30 pacientes Gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta diciembre 2008, la mayor prevalencia ocurre en el año 2004 con 6 casos representando el 20%, seguido del año 2000 y 2006 con 4 casos respectivamente, representando cada año el 13.33%, luego el año 1999 y 2008 con 3 casos representando el 10%, y con menos frecuencia los años 2001-2003, 2005, 2007 representando el 6.66% respectivamente.

**Palabras claves:** Apendicitis, Postoperatorio, Morbilidad, Embarazada, Infecciones, complicaciones, Plastrón, Apéndice Vermiforme

## DEDICATORIA.

Le doy Gracias a *dios* y a la *virgen del valle*, por siempre acompañarme en los momentos más difícil de mi vida y siempre darme luz para lograr mis metas.

A mi querido padre *Gilberto Alfonzo*, que me ha enseñado a ser humilde, sencilla y sincera, y a mi querida Madre *Celsa Estaba de Alfonzo*, que me ha enseñado a ser paciente, responsable y a sonreír ante cualquier adversidad, les doy las gracias a los dos por darme la vida, por estar ahí día a día dándome amor, fuerza, consejos, valores, principios y permitirme ser lo que soy hoy en día, LOS AMO INMENSAMENTE y estoy orgullosa de ustedes.

A mis hermanas *Gilmarys, Tatuska, Johanna y Gabriela*, por estar siempre ahí, para sonreír, divertirnos, apoyarnos, darnos el cariño y el amor para seguir siempre unidas. Ésta maravillosa meta se las debo a ellas también y que luchen por todo lo que deseen de corazón...

A mis **abuelos Pedro, Celso y Carmen**, gracias por estar siempre pendiente de mí, por quererme y darme amor.

Mi adorada **Abuela Blanca**, te fuiste al cielo en el momento menos esperado, y nos dejastes un gran vacío, pero éste gran logro también te lo debo a ti, aunque muchas veces me haces falta.

A mis **Tío chú y mi tía mary**, que son como mis segundos padres, que me brindaron y siguen brindándome su apoyo incondicional y estar conmigo en todo momento, no tendría palabras para expresar lo agradecida y lo mucho que los quiero.

A todos mis tíos en especial a **Alberto, Richard, Javier**, y a mis Lindas **tías: Miryam, Azucena, Carmen**, que con su cariño y apoyo, aportaron un granito de arena y siempre están dispuestos a todo. A Mis **tíos Carlos y José Estaba**, Q.E.P.D, estén donde estén siempre los voy a recordar. A mis **Tíos José Alfonzo, Tío Felix y mi tía Isabel**, aunque no compartimos mucho se que siempre están muy pendiente de mí y me desean lo mejor. LOS QUIERO.

A mis primos y primas, que son un montón, que esta meta les sirva de ejemplo, y gracias por existir y ser todos especiales. A todos mis amigos y compañeros de carrera, en especial: **Yndira Vásquez, Pedro Arriojas, Emir Albornoz, Juan Vásquez, Dunia Bauza, Lorena Barreto, Elimar Lárez, Annya Beltrán, Evelin Andrade, Carmen Garcia, Magda Marcano, Vanessa Millán, Mayerling Borrero, “Nico” Garcia, Enrique Malave, “Alita” Gómez y Moises Marval**. LOS APRECIO Y QUIERO MUCHO.

*Gilcelys Isabel Alfonzo Estaba.*

## **AGRADECIMIENTOS.**

A Dios; Por permitirme la vida, y la oportunidad de materializar mi mayor meta, y llevar a cabo tan interesante proyecto al lado de gente tan especial.

A mis padres y familiares; Por apoyarme y darme la fuerza necesaria para llegar hasta el final, ofreciéndome un poco de aliento cuando desfallecíamos.

A mis amigos; Que de alguna manera me ofrecieron su apoyo moral, técnico y científico para poder finalizar esta investigación. En especial a Lorena Barreto y a Elimar Lárez por ayudarme incondicionalmente para culminar con éxito ésta meta.

A todos los profesores de la universidad de Oriente, Núcleo Anzoátegui; Gracias por formarme como médico, por estar siempre dispuestos a enseñar en especial a mi asesor el Dr. Agustín Vieira, por haberme orientado y supervisado en la realización de mí proyecto.

Al Sr. Nelson Bracho; Amigo, Vecino y profesor estadístico de la Universidad de Oriente Núcleo de Nueva Esparta, que me brindó su ayuda incondicional para la elaboración estadística de mi proyecto.

Al Departamento de Historias médicas; Del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, por prestarme su colaboración

Y a todos nuestros compañeros de clases; Con quienes compartí cada una de las materias de la carrera, formando hermosa y valiosa amistad que va más allá de un aula de clase.

*Gilcelys Isabel Alfonzo Estaba*

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>GRÁFICA N° 4.1:</b> Distribución porcentual de pacientes embarazadas post – operadas por apendicitis aguda según edad cronológica en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008.....   | <b>34</b> |
| <b>GRÁFICO N° 4.2:</b> Distribución porcentual por trimestre de gestación de pacientes embarazadas post-operadas por apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008.....   | <b>35</b> |
| <b>GRÁFICA N° 4.3:</b> Distribución porcentual de la Apendicitis aguda por número de gestas de pacientes embarazadas post-operadas por apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008, según número de gestaciones de la embarazada..... | <b>36</b> |
| <b>GRÁFICO N° 4.4:</b> Distribución porcentual según fases de la apendicitis en mujeres embarazadas post-operadas por apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008.....  | <b>37</b> |
| <b>GRÁFICA N° 4.5:</b> Distribución porcentual según la Morbilidad Fetal de pacientes embarazadas post-operadas por apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008 .....   | <b>38</b> |

**GRÁFICA N° 4.6:** Distribución porcentual según la Morbilidad Postoperatoria de pacientes embarazadas con apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008  
..... **39**

## LISTA DE TABLAS.

|  |           |
|--|-----------|
| <b>TABLA N° 4.1:</b> Distribución porcentual por Año de Ingreso, de las pacientes embarazadas post - operadas por apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008.<br>.....                      | <b>40</b> |
| <b>TABLA N° 4.2:</b> Correlación entre las Fases de Apendicitis aguda y los Grupos Etéreos de las pacientes Embarazadas post- operadas por apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008 ..... | <b>41</b> |
| <b>TABLA N° 4.3:</b> Correlación entre las Fases de Apendicitis aguda y la Edad Gestacional de las pacientes Embarazadas post-operadas por apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008 ..... | <b>42</b> |
| <b>TABLA N° 4.4:</b> Correlación entre las Fases de Apendicitis aguda y el número de gestas de las pacientes Embarazadas post-operadas por apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona, Edo Anzoátegui, Enero 1999 – Diciembre 2008 ..... | <b>43</b> |

## INTRODUCCIÓN.

La Apendicitis aguda ha sido un problema común por siglos, no fue sino a principios del siglo XIX cuando el apéndice se reconoció como un órgano capaz de ocasionar enfermedad. Hubo un continuo debate a mediados del siglo XIX sobre la causa de la inflamación en el cuadrante inferior derecho y se utilizaron a menudo términos como *peritiflitis* y *paratiflitis*. Heister y Fernel mencionaron la apendicitis en 1581 y 1711 respectivamente. En 1759, Mestivier publicó uno de los primeros casos de apendicitis aguda. Se cree que su informe es la primera descripción válida de la enfermedad. (Rhoads A; 1970).

En un trabajo de Jhon Parkinson, publicado en 1812, figura la primera mención de la muerte por peritonitis consecutiva a la perforación del apéndice. Unos 50 años antes, de Lamotte había descrito el resultado de la autopsia de algunos sujetos que habían muerto, según creía, a causa de la obstrucción intestinal consecutiva a ataques recurrentes de apendicitis: el examen autóptico reveló que la luz del apéndice estaba ocluida por “piedras parecidas a huesos de cerezas”. (Rhoads A; 1970).

En 1827, Melier describió varios casos de apendicitis en necropsias y exteriorizó claramente la opinión de que el apéndice probablemente era la causa, incluyendo la supuesta fisiopatología que se acepta en la actualidad. Sin embargo, una postura fuertemente opositora por parte de Dupuytren, el cirujano más eminente de ese tiempo, hizo que los puntos de vista de Melier no alcanzaran una amplia aceptación. (Kevin L; 2002).

En 1886 Reginald Fitz, de Boston hizo una contribución decisiva al analizar el apéndice como la causa primaria de inflamación en el cuadrante inferior derecho. Este autor acuñó el término *apendicitis* y, lo que es más importante, recomendó el tratamiento quirúrgico temprano en la enfermedad. (Kevin L; 2002)

La apendicitis aguda depende principalmente de la obstrucción de la luz apendicular. La causa patológicamente más común de la obstrucción es la hiperplasia intensa de los folículos linfoides, que obstruyen la luz; así ocurre en cerca del 60% de los casos, la mayor parte en los grupos de menor de edad. La presencia de un fecalito también puede ser causa de obstrucción y tiene lugar en cerca de 35% de los casos. En los restantes, el problema se debe a cuerpos extraños (4%), estenosis inflamatorias (0.5%) y otras causas (0.5%). En ocasiones no es posible encontrar una causa específica, y en algunos de estos casos es probable que un fecalito que inició la inflamación haya sido propulsado por el peristaltismo hacia la luz del intestino. (Sabistón D; 1981).

Tras la obstrucción de la luz apendicular se conserva la secreción de moco hacia la luz. La estasis es creada por la obstrucción, y las bacterias se multiplican y secretan exo y endotoxinas, que dañan el epitelio y ulceran la mucosa. Las bacterias pueden luego penetrar por la mucosa ulcerada hacia las capas musculares del apéndice y establecer un proceso inflamatorio. El aumento de la presión intraluminal también aumenta la presión intersticial en la pared del apéndice, lo que impide el flujo sanguíneo arterial y crea un estado de isquemia que acaba por ocasionar infarto y gangrena del apéndice. A medida que las capas musculares se necrosan, sobreviene la perforación del apéndice. (Sabistón D; 1981).

Las apendicitis agudas suelen clasificarse, según los hallazgos Anatomopatológicos y de acuerdo con su fase evolutiva macro y microscópicos, en los siguientes tipos: *Apendicitis catarral*, asimilable a la forma no obstructiva, en la

que la inflamación se limita a la mucosa y a la submucosa; *Apendicitis flegmonosa*, casi siempre obstructiva, con pus en el interior del apéndice. El apéndice se encuentra erecto y turgente, a causa de la presión intraluminal provocada por el pus; *Apendicitis Supurativa*: La luz se distiende por obstrucción subsecuente de los linfáticos, lo que produce edema y ulceración de la mucosa; *Apendicitis gangrenosa*, en la que aparecen en la pared apendicular placas de necrosis recubiertas de fibrina. Infartos elipsoidales; *Apendicitis perforada*, un paso más y grave en la evolución, en la que una placa de necrosis se desprende dando lugar a una *peritonitis*, localizada o generalizada. (Rhoads A; 1970).

En la pacientes no embarazada el apéndice está localizado en el cuadrante inferior derecho (65%), o la pelvis (30%), o en posición retrocecal (5%) el embarazo se acompaña sin embargo se desplazamiento del apéndice por aumento del tamaño uterino. El dolor visceral es ocasionado por la distensión de una víscera hueca transmitido a la línea media a causa del origen embriológico del órgano comprometido. El dolor somático o parietal es ocasionado por la irritación mecánica o química del peritoneo parietal, se localiza directamente sobre el área comprometida, se exagera con los movimientos de la pared abdominal, como ocurre con el estímulo abdominal, causado por la tos o la marcha. (Schwartz S; 1987)

El Embarazo es el período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico). (Gary, F; 2002).

El cambio de posición ascendente progresivo del apéndice hacia arriba durante el embarazo los síntomas y las complicaciones de la apendicitis en la paciente embarazadas puede diferir de las pacientes no embarazadas. Después de la obstrucción de la luz apendicular se percibe dolor en las áreas periumbilical o epigástrica sin tomar en cuenta la posición del apéndice. Sin embargo cuando se produce supuración aguda el punto de sensibilidad máxima a causa de contacto del apéndice inflamado con el peritoneo parietal, dependerá del dolor localizado que se perciba, esto es: cuadrante inferior derecho a nivel de crestas ilíaca, por encima de la cresta ilíaca o en el flanco derecho. En un porcentaje pequeño de las pacientes no se percibe dolor somático porque el apéndice no está en contacto con el peritoneo parietal a causa de su posición alterada, y se retrasa el diagnóstico de apendicitis. (Rhoads A; 1970).

Las tasas de morbilidad son semejantes a las de mortalidad; aumentan rápidamente con la rotura apendicular, y en menor grado con la edad avanzada. La mayor parte de las complicaciones tempranas graves son infecciones e incluyen abscesos e infección de la herida quirúrgica, esta última frecuente pero confinada casi siempre a los tejidos subcutáneos superficiales y que se corrige rápidamente mediante drenaje quirúrgico que obliga a abrir nuevamente la piel de la gestante. La infección de la herida predispone también a la deshicencia. (Schwartz S; 1987)

El Objetivo principal del presente trabajo es determinar la morbilidad Post – Operatoria en pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” esto con la finalidad de identificar las barreras o trabas en el proceso quirúrgico, para encontrar soluciones viables que favorezcan una mayor productividad y eficiencia, una mejor atención médico-quirúrgica al paciente y menor costo hospitalario.

## **CAPITULO I. EL PROBLEMA.**

### **1.1. Planteamiento Del Problema.**

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme; es un padecimiento grave, y la emergencia quirúrgica no obstétrica más frecuente durante el embarazo, con importantes complicaciones que pueden llevar a la muerte, en particular cuando se retrasan el diagnóstico y la terapéutica oportuna.

Los síntomas clásicos de este cuadro como el dolor abdominal migratorio, las náuseas, vómitos y fiebre, suelen confundirse con manifestaciones propias del embarazo u otras complicaciones del mismo. Esto, asociado a la dificultad en el examen clínico de la mujer embarazada por los cambios de posición del apéndice desplazándose hacia la parte superior del abdomen por el crecimiento uterino, haciendo más difícil aislar la inflamación. Ante un cuadro de dolor abdominal agudo en el embarazo, el cirujano y el obstetra se enfrentan a la difícil decisión de realizar una cirugía que potencialmente pueda aumentar la morbilidad materna o iniciar un manejo conservador con el riesgo de retrasar el diagnóstico definitivo y aumentar la mortalidad materno - fetal.

En caso de existir demora en cuanto a tomar la resolución de extirpar el apéndice, esto podría provocar la ruptura del apéndice con la consiguiente complicaciones abortos, hemorragias, amenaza de parto pretérmino, rotura uterina, parto pretérmino, entre otros y el aumento del riesgo de mortalidad materna y fetal. La peritonitis generalizada es más común en el embarazo avanzado y constituye una amenaza grave para la madre y su hijo ya que al presentarse la perforación del apéndice y el compromiso del útero en la peritonitis, producen irritación uterina y aumenta el riesgo de un trabajo de parto prematuro.

Después de la operación, la paciente continúa recuperándose o deteriorándose, esté el médico de servicio o no, y, evidentemente, es imposible organizar una supervisión permanente, día y noche, llevada a cabo por el mismo cirujano que ha realizado la operación o por uno que ayudará a la misma. Es fundamental, sin embargo, que aquellos estén en el servicio sean competentes y conozcan todos los detalles operatorios y postoperatoria de la paciente a su cargo. Sólo así reducirán al mínimo los riesgos que pueden tener consecuencias graves para todos los implicados.

En la actualidad, en el estado Anzoátegui, existen escasos estudios que favorecen la falta de información de la madre, del Hospital y de la población en general, acerca de la prevalencia de la morbilidad de la apendicitis aguda en el embarazo. Considerando el incremento en la demanda de asistencia en los hospitales públicos a raíz de factores como la explosión demográfica, crisis económica y carencia de nuevos hospitales, todo ello ha contribuido a un deterioro en la calidad y la atención médica, en lo que se refiere a la relación médico paciente y la oportunidad en que se presta el servicio, dificultando el diagnóstico de la apendicitis en las pacientes embarazadas en el Hospital “Dr. Luis Razetti” de Barcelona.

Tomando en consideración lo antes señalado, se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuál fue la morbilidad Post – Operatoria en pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999 - Diciembre 2008?. Esto permitirá correlación, síntesis de concepto y finalmente, dar un enfoque moderno para difundir conocimientos quirúrgicos que me dé la oportunidad de contribuir a la enseñanza de estudiantes de pre y postgrado con deseos de ocuparse de pacientes gestantes con abdomen agudo tipo quirúrgico.

## **1.2. Justificación.**

La mujer embarazada con dolor abdominal puede plantear uno de los desafíos diagnósticos mas difíciles para el médico Cirujano y Obstetra o de otras especialidades. El embarazo se acompaña de cambios fisiológicos y anatómicos maternos que pueden alterar los síntomas y la reacción normal de la mujer a las enfermedades intraabdominales.

Desde el punto de Vista social, la apendicitis aguda es una de las complicaciones quirúrgicas mas frecuentes en la población general, siendo más frecuentes desde los doce a los veinticinco años de edad, lo que coincide con la edad fértil de la mujer, en las cuales no se modifica el comportamiento de dicha patología y por tanto tienen el mismo riesgo de la población o grupo de riesgo de padecer dicha patología. Sin embargo el embarazo modifica, según edad de la gestación, la forma de presentación de esta enfermedad lo que trae por resultados errores diagnósticos con mayor frecuencia.

En Nuestro centro Hospitalario no escapamos a esta situación, por lo que considero de mucha importancia determinar la morbilidad postoperatoria en pacientes embarazadas con apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona y comunicar nuestra experiencia en el manejo terapéutico de mujeres embarazadas sometidas a una apendicectomía por sospecha de apendicitis aguda y evaluar sus características clínicas, los resultados del tratamiento quirúrgico y la morbilidad materna y fetal asociadas a esta intervención retardar el diagnóstico oportuno.

### **1.3. Sistemas De Objetivos.**

#### **1.3.1. Objetivo Generales.**

Determinar la morbilidad Post – Operatoria en pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999- Diciembre 2008.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos.**

Determinar el grupo etáreo, edad gestacional y número de gestas en pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999- Diciembre 2008.

Clasificar los Estadios en pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999- Diciembre 2008.

Correlacionar el grupo etáreo con los estadíos de la Apendicitis aguda en pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999- Diciembre 2008.

Correlacionar la edad gestacional con los estadíos de la Apendicitis aguda en pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999- Diciembre 2008.

Correlacionar número de gestas con los estadíos de la Apendicitis aguda en pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999- Diciembre 2008.

Identificar la Morbilidad fetal de pacientes embarazadas post - operadas por Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999-Diciembre 2008.

Identificar las Morbilidad Postoperatoria de pacientes embarazadas con Apendicitis aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999-Diciembre 2008.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. Función Y Desarrollo Del Apéndice**

Por lo general, se menciona al apéndice vermiforme del ser humano como “vertigio de órgano sin función conocida”, lo que indica la existencia de un órgano más desarrollado en una etapa más temprana de la vida del individuo o en fases más tempranas de la evolución. Hay pocas pruebas de que se dispone hasta ahorita, que el apéndice es una parte altamente especializada del tubo digestivo. (Schwartz S; 1987)

Aparece tejido linfoide por primera vez en el apéndice del ser humano aproximadamente dos semanas después del nacimiento. El número de folículos linfoides aumenta en forma gradual hasta un máximo de alrededor de 200 entre los 12 y 20 años de edad. Después de los 30, ocurre una disminución súbita hasta una cifra menor de la mitad de la máxima, y posteriormente hasta cifras mínimas o ausencia total de tejido linfoide después de los sesenta años. (Schwartz S; 1987)

En la década de 1960 se advirtió que los tejidos linfoepiteliales de la placa de peyer y el apéndice del ser humano tal vez equivalen a la bolsa de Fabricio de las aves en términos de elaboración y maduración de los linfocitos independientes del timo. A partir de entonces se ha demostrado que otros sitios extraintestinales también funcionan como órganos centrales de maduración de linfocitos B. (Schwartz S; 1987).

El apéndice también participa en el sistema inmune secretorio del intestino. Las inmunoglobulinas producidas por tejidos linfoides del intestino (GALT) funcionan como una barrera muy eficaz que protege al medio interior del medio exterior hostil.

Aunque el apéndice es parte integral de este sistema inmune secretorio mediado por los GALT, no es un órgano indispensable. La extirpación del apéndice no tiene un efecto manifiesto sobre el funcionamiento del sistema inmune, por lo que se considera que es un órgano útil, aunque no indispensable desde el punto de vista inmunológico. (Schwartz S; 1987)

Otra probable función del apéndice en las enfermedades del ser humano se sugirió en la década de 1960 con base en diversos estudios retrospectivos de datos obtenidos en necropsias. Se observó que había una mayor frecuencia de apendicectomías previas en pacientes muertos por carcinoma del colon que en grupo control. Durante un tiempo, parecía que el apéndice no se consideraría más como vestigio de órgano inútil si podía proteger contra el cáncer. Así pues, según las pruebas disponibles en la actualidad, parece aconsejable practicar apendicectomía electiva, pues la apendicitis aguda y sus complicaciones siguen siendo causas de morbilidad y mortalidad significativas que las apendicectomía evita con toda seguridad. (Schwartz S; 1987)

## **2.2. Apendicitis Durante El Embarazo.**

La gestación o embarazo es el proceso en el que se desarrollan el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación. Esta última es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización, entonces el blastocito penetra en el epitelio uterino e invade el estroma. Esto ocurre entre el día 13 y 14 después de la fertilización. En el mismo orden de ideas el comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en el año de 2007 definió el

embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación. Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas, contado a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas, a partir del día de la fecundación.(Kids 2006)

La muerte del feto y su retención durante éste tiempo es lo que se llama Óbito Fetal y se caracteriza por ausencia de latido cardíaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre (Linares J; 2006).

La aparición de un cuadro de apendicitis durante la gestación es una complicación poco frecuente, se presenta aproximadamente 1 caso cada 1500 partos, alrededor de la cual se plantean ciertas consideraciones de interés para el tocólogo. (Uranga, F; 2004).

El embarazo en sí no predispone a un primer ataque de apendicitis, pero la vascularización de los órganos durante la gestación favorece la recurrencia del proceso en un apéndice ya afectado. Habitualmente, entonces, se trata de una apendicitis crónica que se agudiza durante el curso de la gravidez. (Uranga, F; 2004).

### **2.2.1. Frecuencia.**

En la no gestante, la apendicitis aguda es el proceso quirúrgico más frecuente del abdomen. Se presenta a todas las edades, pero es más frecuente en la segunda y tercera década de la vida. Es muy rara en individuos muy jóvenes, tal vez porque la configuración del apéndice en esas edades hace muy rara la posibilidad de obstrucción de su luz. La cantidad de tejido linfóide en el apéndice y la frecuencia de apendicitis aguda tienen bastante relación, con cifras máximas a la mitad del segundo decenio de la vida. (Schwartz S; 1987)

Existen una serie de factores que determinan alto riesgo obstétrico, cuya morbi - mortalidad depende de la etapa en que estos aparecen; es decir, desde la concepción hasta el puerperio y son más importante los que se presentan anteparto, puesto que engendran temores de posible daño fetal o pueden estar enmascarados por los cambios anatomofisiológicos propios del embarazo, lo cual dificulta el diagnóstico; entre ellos se destacan aquéllos que se manifiestan con dolor abdominal agudo, como es la apendicitis. (Uranga, F; 2004).

La apendicitis aguda durante la gestación es la urgencia quirúrgica extrauterina más frecuente, constituye casi el 75% de todos los abdomenes agudos que se presentan en esta etapa, además es un estado grave tanto para la madre como para el feto. La incidencia de esta enfermedad varía según diferentes autores desde 1:704 hasta 1:2 175 nacimientos; es una entidad que se presenta por lo general en pacientes mayores de 30 años. La mayoría de los episodios ocurren en los 2 primeros trimestres del embarazo, y primordialmente durante el segundo período, decreciendo su frecuencia durante el último trimestre y el puerperio. (Morales R; 2002)

La frecuencia de la apendicitis no aumenta con el embarazo; se observa con la frecuencia esperada para la edad y el sexo. Se practica la apendicetomía diagnóstica antes de operar en aproximadamente uno de cada 1500 partos. (Schwartz S; 1987)

### **2.2.2. Diagnóstico.**

Durante los dos primeros trimestres del embarazo, época en que ésta complicación es más frecuente, el cuadro clínico es muy similar al que se presenta fuera de la gestación. En el último tercio, en cambio, así como en el parto y el puerperio, el aumento del volumen uterino y el desplazamiento del ciego introducen factores de confusión en el diagnóstico, al mismo tiempo que contribuyen a ensombrece el pronóstico. (Uranga, F; 2004).

El dolor en la Fosa Ilíaca derecha persiste durante todo el embarazo; comienza, a menudo, como de tipo cólico en el epigastrio, o continuo en la región lumbar, cuando el apéndice es retrocecal. Otros signos de aparición más tardía, pero de hallazgo frecuente, son la anorexia con náuseas y vómitos, constipación, lengua saburral, taquicardia y meteorismo. (Uranga, F; 2004).

La rigidez muscular y el dolor a la descompresión brusca (signo de brumberg) son raros, pero, en cambio, puede provocarse fácilmente dolor en la Fosa Ilíaca derecha, desplegando el globo uterino. No se encuentran los signos de rovsing, jaronky y Lapinsky, ni tampoco sería lógico buscarlos, ya que la distensión uterina impide que se produzca. (Uranga, F; 2004).

En ocasiones puede aparecer una impotencia funcional en el miembro inferior derecho, que ayuda al diagnóstico; toda vez que el útero se contrae o la paciente se inmoviliza aparece dolor en el muslo derecho, y al apoyar la pierna, el útero se hace doloroso. (Uranga, F; 2004).

La temperatura puede no ser muy elevada, pero, en cambio, se encuentra siempre disociación axilorrectal por aumento de esta última. La leucocitosis es moderada, 12000 a 18000 por cm, con neutrofilia y desviación del índice de Schilling hacia la derecha. Debe tenerse en cuenta que una eritro-sedimentación prolongada carece de valor diagnóstico durante la gestación. La determinación de proteína C reactiva puede ser útil, ya que una reacción positiva confirmaría la presencia de un cuadro flogístico. (Uranga, F; 2004).

El Embarazo dificulta el diagnóstico de apendicitis porque:

1.- La anorexia, las náuseas y los vómitos que acompañan normalmente al embarazo también son síntomas comunes de apendicitis.

2.- A menudo que el útero se agranda el apéndice por lo general se mueve hacia arriba y afuera hacia el flanco, de manera que el dolor y el dolor a la compresión en la fosa ilíaca derecha puede que no sean importante.

3.- Durante el embarazo normal la regla es cierto grado de leucocitosis.

4.- Existen otras enfermedades que pueden ser confundidas con apendicitis, en especial durante el embarazo, como pielonefritis, cólico renal, desprendimiento normoplacentario y degeneración de un mioma uterino.

5.- Las embarazadas, en especial en la última etapa de la gestación, con frecuencia no tienen los síntomas considerados “típicos” de las pacientes no embarazadas con apendicitis. (Gary F; 2002).

### **2.2.3. Diagnóstico Diferencial.**

Durante el primer trimestre de la gestación de la gestación puede plantearse la necesidad de un diagnóstico diferencial con un embarazo tubárico complicado, una salpingitis derecha o un quiste de ovario a pedículo torcido, neumonía basal derecha, cólico renal, Obstrucción intestinal, diverticulitis y trombosis de la mesentérica. (Uranga, F; 2004).

El primero de éstos cuadros se impone al diagnóstico por el shock, metrorragia discreta con expulsión de restos de caduca, fondo de saco de Douglas doloroso, tamaño uterino menor que el que correspondía al tiempo de amenorrea y tumor

anexial; de todas maneras, la conducta sería quirúrgica en ambos casos. (Uranga, F; 2004).

En la salpingitis derecha existe reacción peritoneal, pero es un cuadro más pelviano que abdominal; si hay defensa parietal, ésta decrece a medida que nos alejamos del pliegue inguinal. Faltan, además, los clásicos puntos apendiculares, las náuseas y los vómitos. (Uranga, F; 2004).

El desarrollo uterino y el desplazamiento del ciego pueden ocasionar confusiones durante la segunda mitad del embarazo. El diagnóstico diferencial más frecuente se plantea aquí con la uteropielitis. Abruption placentae, colecistitis, quiste de ovario y degeneración necrobiótica de un nódulo miomatoso. (Uranga, F; 2004).

En la uteropielitis, el dolor es continuo en la región lumbar. La sensibilidad se encuentra localizada en el ángulo costovertebral y puntos ureterales, y la puñopercusión dolorosa es evidente. La temperatura evoluciona en picos y el pulso se mantiene normal en la relación con ella; el estado general de la enferma es, en términos generales, mejor que en la apendicitis. El estudio urinario permitirá comprobar la existencia de piuria y el cultivo de orina revelará bacteriuria, pero no debe olvidarse que en la embarazada normal puede aparecer hasta un 11% de colibasilos. (Uranga, F; 2004).

El diagnóstico diferencial con los demás procesos es patrimonio de la cirugía, que en última instancia resolverá ante toda duda. Las contracciones uterinas pueden dar lugar a error durante el trabajo de parto y favorece una peritonitis consecutiva. En el puerperio recobran su valor los signos clásicos de apendicitis, aunque falta la defensa muscular y son inconstantes las náuseas, vómitos e hipertermia. (Uranga, F; 2004).

#### **2.2.4. Pronóstico.**

Empeora a medida que aumenta la edad del embarazo. Cuando más grave sea la forma de apendicitis, mayores serán las probabilidades de que aquel se interrumpa, pero éstas disminuyen cuando se interviene quirúrgicamente a tiempo. La apendicitis constituye una influencia desfavorable para el embarazo, pues son frecuentes los partos prematuros y elevada la mortalidad fetal. La gestación, por su parte, agrava el curso de la flogosis apendicular, que muestra escasa tendencia a localizarse y evoluciona hacia formas graves y complicadas. (Uranga, F; 2004).

#### **2.2.5. Tratamiento.**

Es quirúrgico en todos los casos diagnósticos. En la duda es preferible operar antes que dejar una apendicitis sin tratamiento. (Uranga, F; 2004).

Durante la primera mitad del embarazo resultan suficientes las clásicas incisiones de McBurney o de Jalaguier para extraer el apéndice, pero si se halla un plastrón apendicular es preferible dejar un avenamiento, cerrar la pared y postergar la extracción hasta un año después del parto. El último tercio se efectúa una laparotomía, y si el proceso está localizado, sin perforación ni plastrón, se efectuará la apendicectomía seguida de antibioticoterapia local y parenteral; se tratará de conservar el embarazo con las medidas habituales de reposo, sedación uterina, etc. Si la apendicitis está complicada es preferible, con feto viable, una cesárea segmentaria seguida de apendicectomía. (Uranga, F; 2004).

### **2.3. Morbilidad Materno – Fetal.**

A medida que el apéndice es empujado en forma progresiva hacia arriba por el útero en crecimiento es menos probable la contención de la infección por el epiplón y es más probable que la ruptura apendicular cause peritonitis. En un informe reciente de Tracey y Fletcher (2000) más de la mitad de las embarazadas tuvieron apendicitis perforante. La apendicitis aguda en la última etapa del embarazo tiene peor pronóstico y, en verdad, en las series más antiguas la mortalidad materna era de cerca del 5%. Debido al retraso de la cirugía se produce de manera casi invariable un aumento de la morbi -mortalidad materna y fetal. (Gary F; 2002).

La apendicitis aumenta el riesgo de aborto o parto prematuro, en especial si hay peritonitis. Mazze y Kallén (1991) encontraron que si efectúa una cirugía de apendicitis luego de la semana 23 existe una mayor frecuencia de trabajo de parto espontáneo. En el estudio sueco la pérdida fetal fue del 22% si la cirugía fue efectuada luego de la semana 23. Mays y col (1995) Sugirieron que en el embarazo complicado con apendicitis existe una relación entre la sepsis materno- fetal y el daño neurológico neonatal. En otros estudio a largo plazo Viktrup y Hoé (1998) encontraron que la apendicitis durante el embarazo no se asociaban con la infertilidad posterior.(Gary F; 2002).

La mortalidad neonatal es el indicador que se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de sobrevivida de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida por cada 1.000 nacidos vivos, en un determinado país, región o en una determinada población atendida en un centro perinatal.(Gary F; 2002).

## 2.4. Complicaciones Postoperatoria.

**POST –OPERATORIO:** Se define como el período que sigue a la intervención quirúrgica y durante el cual se continúan, de manera decreciente, los controles y cuidados instalados durante la misma hasta la rehabilitación del paciente. Período de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía. (Martinez S; 2001)

El despertar de la anestesia suele ir acompañado de sensaciones dolorosas, según el tipo de intervención, por lo que los períodos postoperatorios exigen cuidados especiales. La terapia quirúrgica puede dividirse en tres etapas: la preparación preoperatorio, la intervención en sí y el tratamiento postoperatorio, que su vez puede subdividirse en postoperatorio inmediato, mediato y tardío. Se llama preparación preoperatorio tanto a la disposición del quirófano donde va a realizarse la intervención como a la preparación del paciente que va a ser operado. El nivel de salud psíquica del paciente influye en el éxito de la intervención y en la evolución favorable del período postoperatorio. (Martinez S; 2001)

El hecho de una **intervención quirúrgica** representa para el enfermo una agresión física, con su consecuente dolor, y el desconocimiento de la causa y el significado de ese dolor le crea angustia y desasosiego. Debe ser, por tanto, y en la medida de lo posible, debidamente informado del tipo de operación, de las prevenciones de éxito y los posibles riesgos que conforme y debe suministrarse una medicación preanestesia que lo relaje y disminuya su ansiedad. (Martinez S; 2001)

El **postoperatorio inmediato** se inicia una vez concluida la intervención: abarca las primeras 24 horas siguientes. El paciente es conducido a la sala de recuperación postquirúrgica, donde el equipo especializado controla sus constantes

vitales (consciencia, frecuencia respiratoria, presión arterial y pulso) de forma continua. (Martinez S; 2001)

El **postoperatorio mediato** equivale al período que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación o sala (24 horas después de la operación) hasta el 7mo día. En este período se le controlan las constantes vitales de forma más espaciada y se debe restablecer el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral. Asimismo, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria. **Postoperatorio Tardío** desde el 7mo día hasta la total recuperación. (Martinez S; 2001)

El índole y la frecuencia de las complicaciones comunes de la apendicitis aguda dependen en gran parte del carácter del ataque. Las complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda *no perforante* son raras; de ellas, las más comunes e importantes son las que ocurren en el posoperatorio, que suelen consistir en infección de los tejidos subcutáneos o absceso en la región donde yace el apéndice. La pileflebitis, con formación de abscesos miliares en el hígado, embolias pulmonares y fístulas fecales son raras con la apendicitis sencilla. La mayoría de las complicaciones de la apendicectomías por apendicitis no perforada son las consecuentes a: la anestesia; mala hemostasia; no observar los principios de la técnica quirúrgica aséptica o de dejar compresas inadvertidamente en la herida. Las complicaciones latentes se limitan principalmente a la obstrucción del intestino delgado por adherencias esta obstrucción suele dar sus primeras manifestaciones años más tarde, pero puede hacerlo en cualquier momento durante el resto de la vida del paciente. Las complicaciones de la apendicitis *perforada*, en comparación con las de enfermedad no perforada, son mucho más comunes. La mayoría de las complicaciones de la apendicitis perforada son inseparables y sinónimas de las de la peritonitis bacteriana, el absceso o ambos. (Rhoads, A; 1970)

Las complicaciones están caracterizadas en primer lugar por las **infecciones de la herida**, las cuales son causadas por abscesos locales en la Herida operatoria, frecuentemente por gérmenes fecales entre ellos, Bacteroides fragiles, a los que siguen en frecuencia aerobios Gram (-); Klebsiela, Enterobacter, E. coli. Los signos de infección; dolor, tumor, calor y rubor. Los signos iniciales son dolor excesivo y además la molestia alrededor de la herida operatoria de infección local. 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. (Wong, P; 2001).

**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. (Wong, P; 2001)

**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. 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 (Wong, P; 2001).

**Dehiscencia del Muñón Apendicular :** Se puede presentar desde el 2o 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. (Wong, P; 2001).

**Peritonitis por perforación Apendicular:** La iniciación de la apendicitis perforada coincide generalmente con el de la peritonitis. La extensión de la peritonitis varía mucho. Avanza hasta envolver total o parcialmente la cavidad abdominal o se confina en el cuadrante inferior derecho y forma abscesos periapendiculares o residuales y alguna que otra fístula cecal. La frecuencia y la extensión de la peritonitis engendrada por la perforación apendicular varía en los distintos hospitales. Para obtener un éxito en el tratamiento se requiere principalmente de una limpieza y eliminación rápida y permanente del patógeno así como de las sustancias adyacentes, lo que se realiza tanto por medios mecánicos durante el acto quirúrgico o bien por medios de agentes antimicrobianos adecuados. (Rhoads, A; 1970).

Fístula Cecal o Estercorácea: Puede deberse a :

- Retención de Cuerpo Extraño como grasa o dressing.
- Puntos muy apretados.
- Ligadura deficiente del muñón apendicular que se deslizó sin haberse invertido
- Erosión de la pared del ciego por un dren.

- Obstrucción del Colon por Neoplasia no descubierta
- 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. (Wong, P; 2001).

**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 hética 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. Todos los abscesos deben ser drenados (Wong, P; 2001).

**Atelectasias:** La fiebre postoperatoria más común es de origen pulmonar, se debe a atelectasias o neumonitis y es consecutiva a impactación de secreciones en el árbol respiratorio o a una imperfecta expansión del parénquima pulmonar durante la anestesia y a lo superficial de la ventilación en el postoperatorio por el dolor de la

herida; todo esto se agrava en embarazadas y fumadores y también lo favorece la inmovilización prolongada (Martinez S; 2001)

**Piliflebitis o Piema Portal:** Es una enfermedad grave caracterizada por ictericia, escalofrío y fiebre elevada. Se debe a septicemia del sistema venoso portal con desarrollo de abscesos hepáticos múltiples. La piliflebitis acompaña a la apendicitis gangrenosa o perforada y puede aparecer en el pre o postoperatorio. El germen más frecuente es el E. Coli. En la actualidad con el uso de los antibióticos en el pre y postoperatorio su presentación es rara. (Wong, P; 2001).

**Hernia incisional.** A través de la incisión en fosa iliaca derecha con antecedentes de infección prolongada y drenaje grande en el sitio de la hernia. Obstrucción mecánica. Producida por la presencia de bridas intestinales; más frecuentes en las apendicitis complicadas es la Infertilidad. Un absceso en fosa iliaca derecha en mujeres puede provocar obstrucción de las trompas hasta en un 31%.(Wong, P; 2001).

**Obstrucción Mecánica:** es una complicación mucho menos común en las semanas subsiguientes a la curación de la apendicitis perforada y suele ser secuela de la formación creciente de adherencias alrededor d un absceso o fístula fecal. Sin embargo, esta complicación es más probable varios meses o años después, y se ve con más frecuencia cuando sean utilizado incisiones paramedianas derechas. A la apendicectomía por apendicitis no perforada practicada a través de la incisión lateral de Mc Burney rara vez siguen adherencias de importancias causadas sólo por la operación. (Rhoads, A; 1970).

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.**

### **3.1. Tipo De Investigación.**

Cabe señalar que este apartado está basado en los criterios establecidos por Arias (2004), Tamayo (1996) y García (1999). Esta investigación se clasifica según el nivel, en descriptiva, con estudios de medición de variables.

### **3.2. Según El Diseño.**

Según el diseño, se cataloga como un estudio documental, pues los datos se recolectan de archivos secundarios, que en este caso en particular corresponden a los registros quirúrgicos Hospital Universitario “ Dr. Luis Razetti” de Barcelona. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y recolección de la información, es un estudio retrospectivo, en el que se recolecta y analiza información que se produjo con anterioridad, en este caso durante Enero 1999- Diciembre 2008. Según el período o secuencia de estudio, se trata de una investigación transversal puesto que las variables serán estudiadas en un determinado momento y en una sola ocasión.

### **3.3. Universo.**

El universo en estudio estuvo constituido por 30 Pacientes embarazadas con Apendicitis aguda que acudieron al Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999- Diciembre 2008 que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **3.4. Área De Estudio.**

La información fué recogida en una ficha previamente elaborada (Ver anexo N° 1), basada en la información de los expedientes clínicos del archivo del Departamento de Historias Médicas en el Primer piso de pacientes embarazadas con patología quirúrgica, específicamente apendicitis aguda, en el que cumplieron con los criterios de inclusión que estén a cargo del departamento de cirugía en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Enero 1999- Diciembre 2008.

### **3.5. Criterios De Inclusión.**

- 1.- Pacientes Embarazadas
- 2.- Pacientes mayores de 12 años.
- 3.- Paciente que haya sido operadas de apendicitis aguda durante su gestación.
- 4.- Pacientes cuyo tratamiento quirúrgico es a través de una cirugía durante su gestación.

### **3.6. Criterios De Exclusión.**

- Gestantes menores de 12 años con Apendicitis aguda.
- Pacientes que haya concommitado con otra patología quirúrgica de abdomen.
- Pacientes con abdomen agudo de origen médico.
- Gestante que haya sido operados de apendicitis aguda vía laparoscópica.

### **3.7. Técnica De Análisis Y Procesamiento De Datos.**

Una vez obtenida la información de los expedientes clínicos de archivos de pacientes con patología quirúrgica, específicamente apendicitis aguda en HULR, se procesó mediante la Hoja de cálculo Microsoft office Excel 2007, para la realización de tablas y gráficos y el paquete estadístico Stagraphics plus 5.1, para la aplicación de la prueba chi - cuadrado. El indicador para analizar e interpretar los datos es el Porcentaje (%).

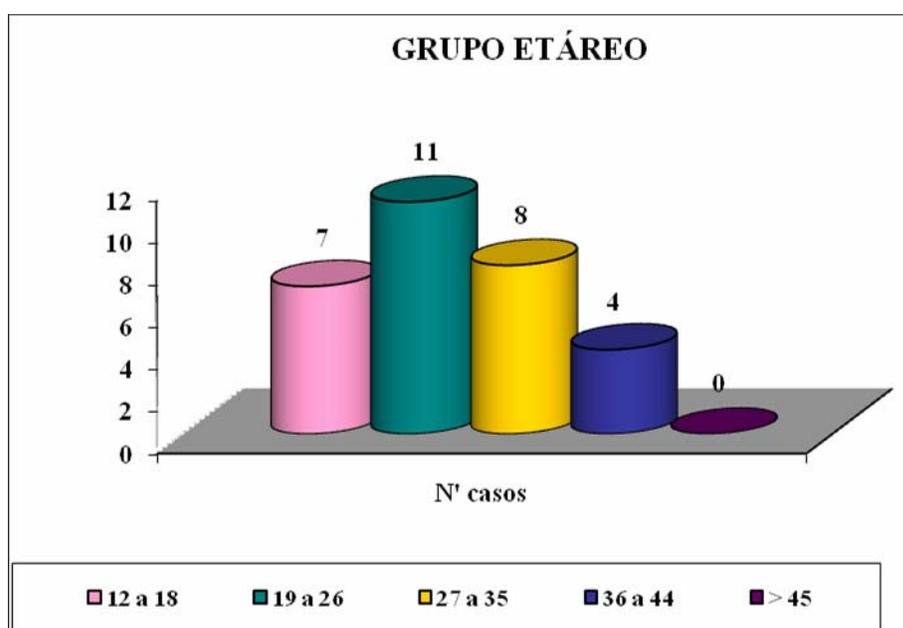
### **3.7. Materiales Y Métodos.**

Para la elaboración de la siguiente investigación serán necesarios los siguientes:

- 1.- Hoja de cálculo Microsoft office Excel 2007; para la realización de tablas y gráficos.
- 2.- El paquete estadístico Stagraphics plus 5.1; para aplicar la prueba chi - cuadrado.
- 3.- Historias Médicas de Pacientes Embarazadas con Apendicitis Aguda.
- 4.- Laptop Acer y Hoja tipo carta Double A
- 5.- Lápiz grafito e Impresora Multifuncional HP PSC 1513.
- 6.- Sobre manila transparente tipo carta.

## CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

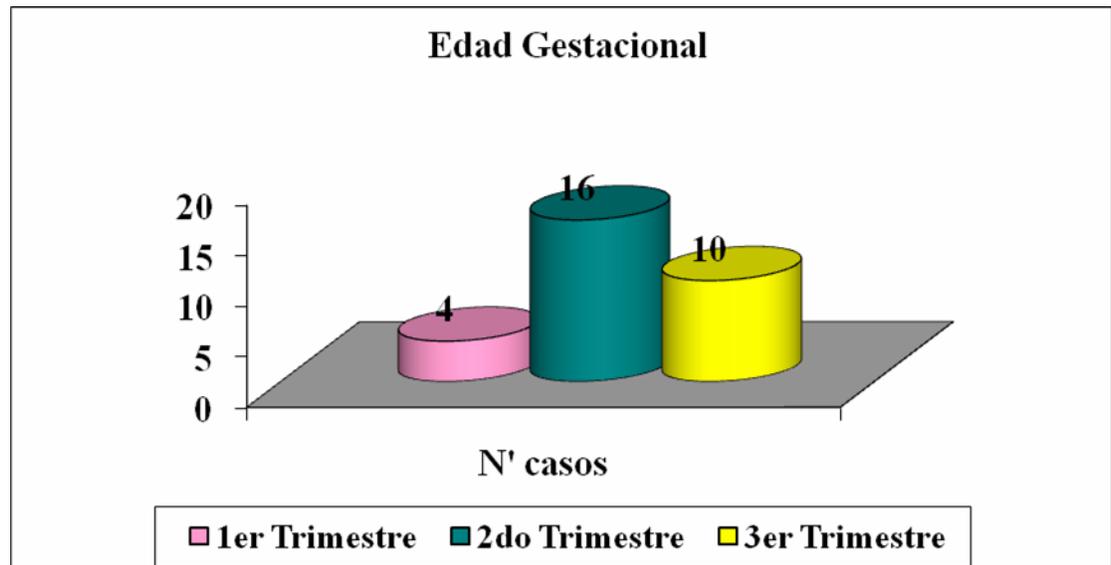
**GRÁFICA N° 4.1: Distribución porcentual de pacientes embarazadas post – operadas por apendicitis aguda según edad cronológica.**



**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICOS DEL HULR, ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008.**

De las 30 pacientes gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta Diciembre 2008, Ocurrió una prevalencia de 36.67% en el grupo etáreo comprendido entre 19 - 26 años, seguido del grupo etáreo entre 27 – 35 años con un 26.67%, luego el grupo etáreo entre 12 – 18 años representando el 23.33%.

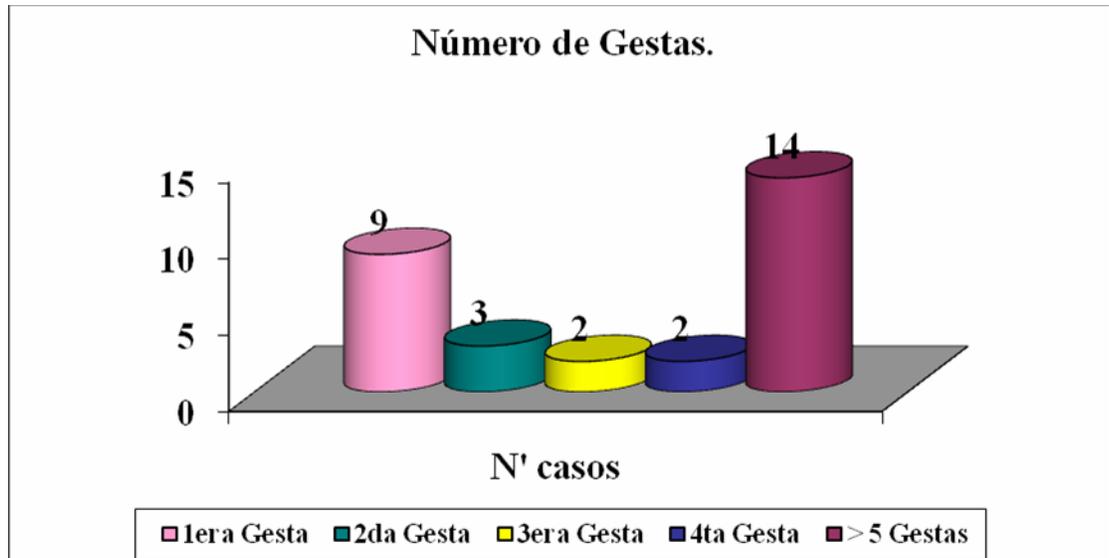
**GRÁFICO N° 4.2: Distribución porcentual por trimestre de gestación de pacientes embarazadas post-operadas por apendicitis aguda.**



**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL HULR ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008.**

De las 30 pacientes gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta Diciembre 2008, ocurrió 16 casos produciendo una mayor prevalencia durante el 2do trimestre representando el 53.33%, seguido del 3er trimestre con 23.33%, luego el 1er trimestre representando el 13.33%.

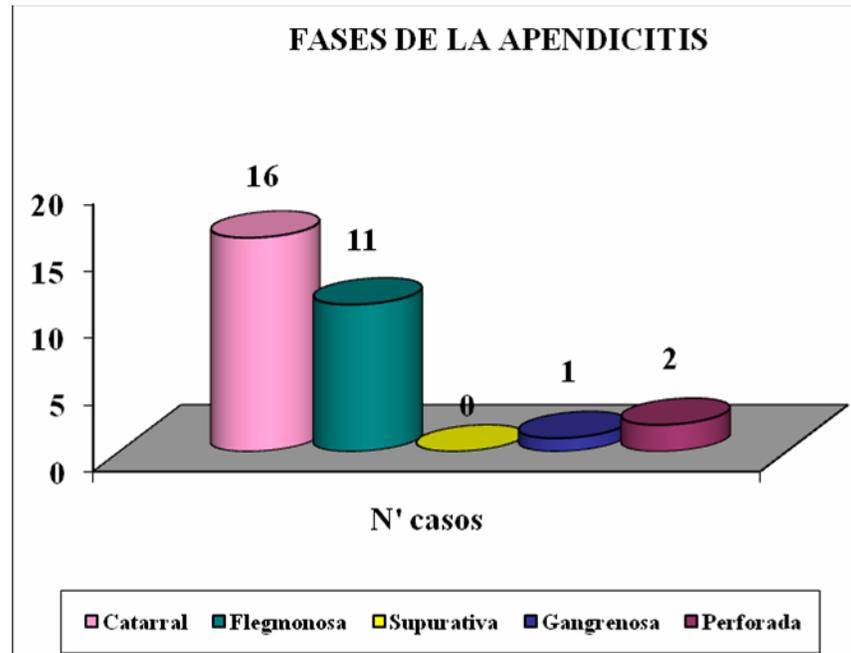
**GRÁFICA N° 4.3: Distribución porcentual de la Apendicitis aguda por número de gestas de pacientes embarazadas post-operadas por apendicitis aguda.**



**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL HULR, ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008.**

De las 30 pacientes gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta Diciembre 2008, ocurrió una prevalencia de las multíparas de 46.67% con 14 casos, seguido de las Primigestas con 30% de los casos, Las 2da Gestas con 10% y las 3era y 4ta Gestas con 6.67% de los casos cada una respectivamente.

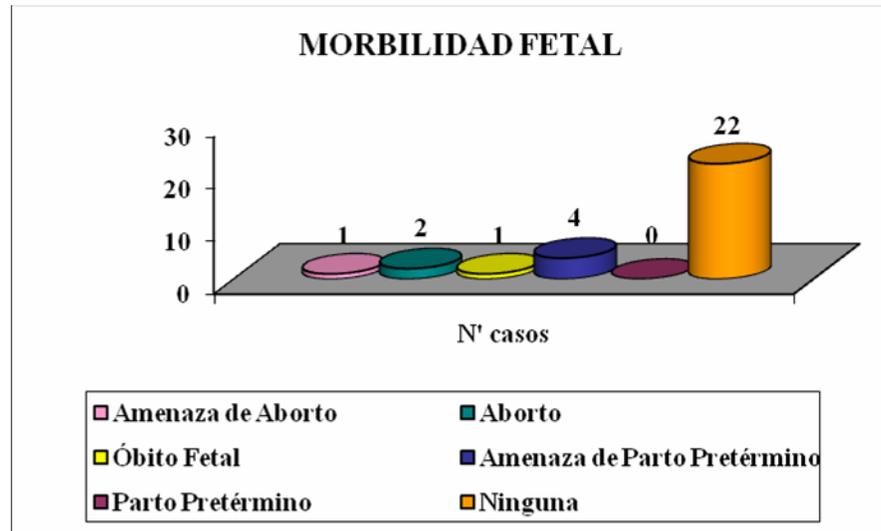
**GRÁFICO NRO 4.4: Distribución porcentual según fases de la apendicitis en mujeres embarazadas post-operadas por apendicitis aguda.**



**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL HULR, ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008.**

De las 30 pacientes gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta Diciembre 2008, el estado de inflamación del apéndice fue considerado catarral en 16 casos representando el 53.33%, en 11 casos Flegmonosa (36.67%), perforada en 2 casos (6.67%), y 1 casos de la fase gangrenosa representando 3.33%.

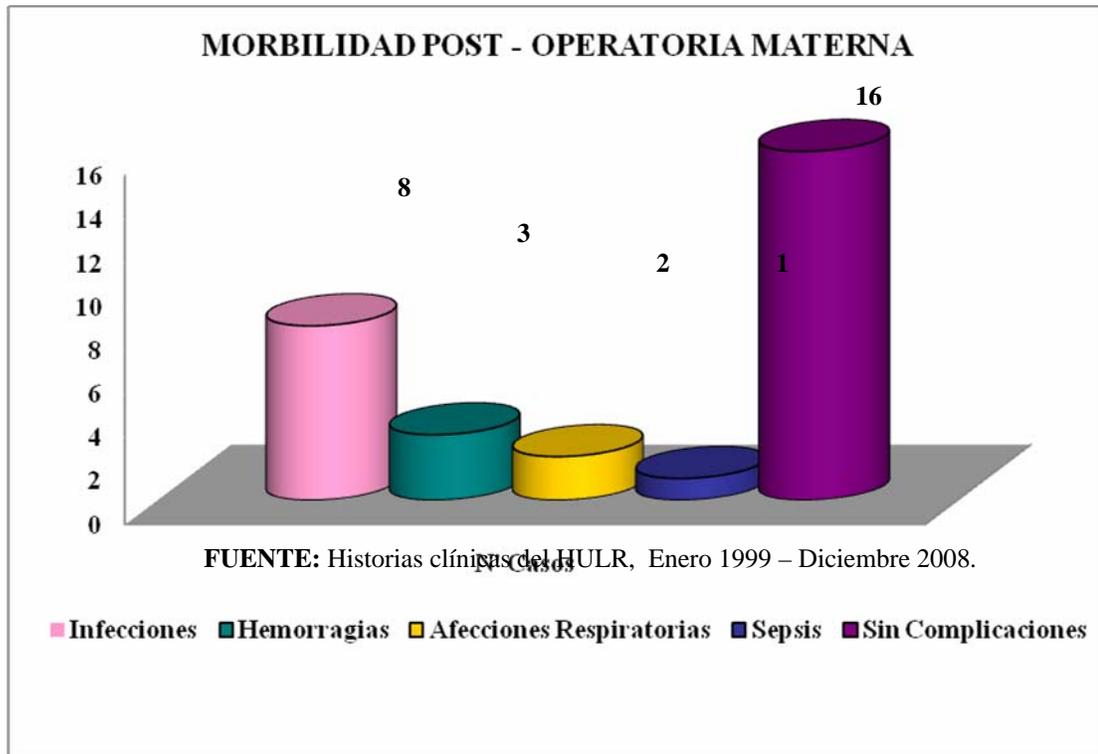
**GRÁFICA NRO 4.5: Distribución porcentual según la Morbilidad Fetal de pacientes embarazadas post-operadas por apendicitis aguda.**



**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL HULR, ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008..**

De las 30 pacientes gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta Diciembre 2008, ocurrió una prevalencia de un 73.33% de la evolución natural del Embarazo sin ninguna complicación, seguido de la Amenaza de Parto Pretérmino representando el 13.33% por 4 casos, luego El aborto con 2 casos (6.66%), La amenaza de aborto y el óbito fetal con 1 caso respectivamente representando cada uno el 3.33%.

**GRÁFICA NRO 4.6: Distribución porcentual según la Morbilidad Postoperatoria de pacientes embarazadas con apendicitis aguda.**



De las 30 pacientes gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta diciembre 2008, la mayor prevalencia de complicaciones estuvo representada por las infecciones (8 Casos) seguido por las hemorragias y las afecciones respiratoria.

**TABLA N° 4.1: Distribución porcentual por Año de Ingreso, de las pacientes embarazadas post - operadas por apendicitis aguda.**

| <b>AÑO</b>   | <b>N° DE PACIENTES</b> | <b>PORCENTAJES (%)</b> |
|--------------|------------------------|------------------------|
| 1999         | 3                      | 10                     |
| 2000         | 4                      | 13.33                  |
| 2001         | 2                      | 6.67                   |
| 2002         | 2                      | 6.67                   |
| 2003         | 2                      | 6.67                   |
| 2004         | 6                      | 20                     |
| 2005         | 2                      | 6.67                   |
| 2006         | 4                      | 13.33                  |
| 2007         | 2                      | 6.66                   |
| 2008         | 3                      | 10                     |
| <b>TOTAL</b> | <b>30</b>              | <b>100</b>             |

**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL HULR DE ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008.**

De las 30 pacientes Gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta diciembre 2008, la mayor prevalencia ocurre en el año 2004 con 6 casos representando el 20%, seguido del año 2000 y 2006 con 4 casos respectivamente, representando cada año el 13.33%, luego el año 1999 y 2008 con 3 casos representando el 10%, y con menos frecuencia los años 2001-2003, 2005, 2007 representando el 6.66% respectivamente.

**TABLA N° 4.2: Correlación entre las Fases de Apendicitis aguda y los Grupos Etáreos de las pacientes Embarazadas post- operadas por apendicitis aguda.**

| <b>FASES DE LA APENDICITIS</b> |                              |                              |                            |                            |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| <b>GRUPOS ETÁREOS /AÑOS</b>    | <b>CATARRAL</b>              | <b>FLEGMONOSA</b>            | <b>GANGRENOSA</b>          | <b>PERFORADA</b>           | <b>TOTAL</b>                 |
| 12 - 18                        | 7 (23.33%)                   | 0                            | 0                          | 0                          | <b>7</b><br><b>(23.33%)</b>  |
| 19 – 26                        | 4 (13.33%)                   | 5<br>(16.67%)                | 0                          | 2<br>(6.67%)               | <b>11</b><br><b>(36.67%)</b> |
| 27 – 35                        | 5 (16.67%)                   | 2<br>(6.67%)                 | 1<br>(3.33%)               | 0                          | <b>8</b><br><b>(26.67%)</b>  |
| 36 – 44                        | 1 (3.33%)                    | 3<br>(10.00%)                | 0                          | 0                          | <b>4</b><br><b>(13.33%)</b>  |
| 45 o más                       | 0                            | 0                            | 0                          | 0                          | <b>0</b>                     |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>17</b><br><b>(56.67%)</b> | <b>10</b><br><b>(33.33%)</b> | <b>1</b><br><b>(3.33%)</b> | <b>2</b><br><b>(6.67%)</b> | <b>30</b><br><b>(100%)</b>   |

**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL HULR DE ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008.**

En relación a la fase del apendicitis y los grupos etáreos, la mayor prevalencia de apendicitis aguda se presentó en la etapa catarral (23.33%) en las mujeres embarazadas entre 12 - 18 años, seguida de la fase catarral (16.67%) y flegmonosa (16.67%) en mujeres embarazadas de 27 a 35 años y de 19 a 26 respectivamente. La prueba chi – cuadrado arrojó un p – valor igual a 0,0869 lo cual indica que la diferencia entre la celda de cada fila no son estadísticamente diferentes.

**TABLA N° 4.3: Correlación entre las Fases de Apendicitis aguda y la Edad Gestacional de las pacientes Embarazadas post-operadas por apendicitis aguda.**

| EDAD GESTACIONAL                                    | FASES DE LA APENDICITIS      |                              |                            |                            | TOTAL                        |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
|   | CATARRAL                     | FLEGMONOSA                   | GANGRENOSA                 | PERFORADA                  |                              |
| 1er Trimestre<br>(0-12 semanas + 6 días)            | 4<br>(13.33%)                | 0                            | 0                          | 0                          | <b>4</b><br><b>(13.33%)</b>  |
| 2do Trimestre<br>(13 semanas – 24 semanas + 6 días) | 9<br>(30.00%)                | 5<br>(16.67%)                | 0                          | 2<br>(6.67%)               | <b>16(53.33%)</b>            |
| 3er Trimestre<br>(25 semanas y más)                 | 3<br>(10%)                   | 6<br>(20%)                   | 1<br>(3.33%)               | 0                          | <b>10</b><br><b>(33.33%)</b> |
| <b>TOTAL</b>  | <b>16</b><br><b>(53.33%)</b> | <b>11</b><br><b>(36.67%)</b> | <b>1</b><br><b>(3.33%)</b> | <b>2</b><br><b>(6.67%)</b> | <b>30</b><br><b>(100%)</b>   |

**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL HULR DE ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008.**

De acuerdo a la relación entre las fases de la apendicitis aguda y edad gestacional tenemos que predomina la fase catarral en el 2do trimestre de gestación (30%) seguida de la fase flegmonosa en el 2do y 3er trimestre de gestación con (16.67%) respectivamente. La prueba chi – cuadrado arrojó y p-valor igual a 0.0403 lo que indica que la diferencia entre la celda de cada fila si son estadísticamente significativa.

**TABLA N° 4.4: Correlación entre las Fases de Apendicitis aguda y el número de gestas de las pacientes Embarazadas post-operadas por apendicitis aguda.**

| NRO DE GESTAS    | ESTADÍOS DE LA APENDICITIS   |                  |                            |                            | TOTAL                        |
|------------------|------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
|                  | CATARRAL                     | FLEGMONOSA       | GANGRENOSA                 | PERFORADA                  |                              |
| 1era Gesta       | 8<br>(26.67%)                | 1<br>(3.33%)     | 0                          | 0                          | <b>9</b><br><b>(30%)</b>     |
| 2da Gesta        | 1<br>(3.33%)                 | 2<br>(6.67%)     | 0                          | 0                          | <b>3</b><br><b>(10%)</b>     |
| 3era Gesta       | 1<br>(3.33%)                 | 1<br>(3.33%)     | 0                          | 0                          | <b>2(6.67%)</b>              |
| 4ta Gesta        | 1<br>(3.33%)                 | 0                | 0                          | 1<br>(3.33%)               | <b>2</b><br><b>(6.67%)</b>   |
| 5ta Gestas o más | 5<br>(16.67%)                | 7<br>(23.33%)    | 1(3.33%)                   | 1(3.33%)                   | <b>14</b><br><b>(46.67%)</b> |
| <b>TOTAL</b>     | <b>16</b><br><b>(53.33%)</b> | <b>1(36.67%)</b> | <b>1</b><br><b>(3.33%)</b> | <b>2</b><br><b>(6.67%)</b> | <b>30</b><br><b>(100%)</b>   |

**FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS DEL HULR DE ENERO 1999 – DICIEMBRE 2008.**

En relación a la fase del apendicitis y el número de gestas la mayor prevalencia de apendicitis aguda se presentó en la etapa catarral (26.67%) en las mujeres embarazadas primigestas, seguida de la fase flegmonosa (23.33%) y fase catarral (16.67%) en mujeres embarazadas multigestas. La prueba chi – cuadrado arrojó un p – valor igual a 0,2557 lo cual indica que la diferencia entre la celda de cada fila no son estadísticamente diferentes.

## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.

### 5.1. Discusiones.

De las 30 pacientes embarazadas con diagnóstico de Apendicitis Aguda que ingresaron al Hospital Universitario Dr. Luis Razetti en el lapso comprendido entre enero 1999 – diciembre 2008 se constató que el grupo etáreo más frecuente estaba comprendido entre los 18 y 26 años de edad, a su vez que existe una mayor prevalencia en el segundo trimestre de embarazo y en las pacientes multigestas, respuestas similares a las obtenidas en el estudio realizado en Nicaragua por la Dra. Violeta López en el año 2000, el cual obtuvo en su cuadro de resultados y análisis una prevalencia de un 50% en las edades comprendidas entre los 21 y 27 semanas de gestación seguida por el grupo de 28 y 37 semanas de gestación con un 33.33%. Así como una prevalencia del grupo etáreo comprendido entre los 15 y 20 años representando el 50%. Difiriendo en el número de gesta, ya que las gestantes con dos a tres gestas, fueron la mayormente afectadas representando el 66.66%.

En relación con las fases de la apendicitis aguda, la mayoría de los casos que se estudiaron en éste estudio, se encontraban en fases iniciales (Catarral y Flegmonosa) solo un pequeño número de pacientes presentó apendicitis en fase gangrenosa y perforada, Tal como lo demostró Morale R, en el 2002, el cual estudió 10 pacientes considerando que la fase catarral se presentó en 4 casos (40%), en 5 (50%) supurada y en 1 (10%) perforada al momento de la operación.

En 2006 Jean Michel Butte y col. realizaron un análisis retrospectivo de todas las pacientes sometidas a una apendicectomía durante su embarazo entre enero de 1998 y diciembre de 2002, observando que 28,3% pacientes presentaron una o más complicaciones postoperatorias, la más frecuente fue la infección de la herida

operatoria en 15,2% casos. El 2,2 % de las pacientes evolucionó con insuficiencia respiratoria grave que requirió ventilación mecánica con buena evolución posterior, pero con una resolución prematura de su embarazo. En 15,2% de los casos el embarazo se complicó con un parto prematuro como consecuencia del cuadro apendicular y en el 2,2% de los mismos ocurrió muerte fetal. Sin embargo en éste estudio se destaca en cuanto a la morbilidad materna que el 53.33% representa a las pacientes embarazadas con apendicitis que no presentaron ninguna complicación seguida de las pacientes con infecciones de la herida en 8 casos y las hemorragias en 3 casos respectivamente y la morbilidad fetal un 73,33% de los casos no presentó ninguna complicación fetal, y la complicación más frecuente obtenida en este estudio fue la amenaza de Parto Pretérmino (13,33%).

## **CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **6.1. Conclusiones.**

Después de analizados y discutidos los resultados en relación a este estudio de la morbilidad post-operatoria en pacientes embarazadas con Apendicitis Aguda en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, en el lapso comprendido entre Enero 1999 – Diciembre 2008 se concluyó:

Del grupo etario estudiado, comprendido entre 19 a 26 años tuvo una mayor frecuencia abarcando el mayor porcentaje.

La edad gestacional donde se presentaron mayores casos de apendicitis fue en el segundo trimestre.

Con relación al Número de Gestas, se encontró mayor prevalencia en las pacientes multigestas, seguidas de la primigestas.

La fase de la apendicitis con mayor prevalencia fue la catarral, seguida de la flegmonosa, no evidenciándose casos de supurativa y un mínimo porcentaje de apendicitis perforada y gangrenosa.

En el 73,33% de los casos no se evidenció ninguna complicación fetal, y la complicación más frecuente obtenida en este estudio fue la amenaza de Parto Pretérmino (13,33%), seguida del Aborto (6,67%).

La mayor prevalencia de los casos de pacientes embarazadas con apendicitis aguda ingresaron en los años 2004 (20%) seguido por el año 2000 y 2006 representando 13, 33% cada uno respectivamente

Las complicaciones post-operatorias encontradas en este estudio estuvieron representadas por las infecciones de partes blandas y las hemorragias, en primer lugar, seguidas por las afecciones respiratorias destacando que no hubo complicaciones en 16 casos.

Correlacionando la Fases de la Apendicitis con los grupos etáreos, se evidenció una prevalencia de la fase catarral en las edades comprendidas entre 12 y 18 años y de la fase flegmonosa en las edades comprendidas entre 19 – 26 años.

## **6.2. Recomendaciones.**

Informar a la comunidad en general mediante charlas y campañas educativas en centros de salud sobre la Apendicitis en mujeres embarazadas, sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo y complicaciones.

Incentivar el control prenatal de manera precoz, periódico, completo y de cobertura global sobre todo en mujeres en edad productiva. Esto significa que la cobertura deber ser máxima y de esa forma, se podrá controlar y proveer a tiempo la atención requerida en caso de presentar factores de riesgo que aumenten la morbilidad postoperatoria durante el embarazo.

Dar a conocer los resultados de esta investigación en el HULR con el fin promover la actualización de la información acerca de la Morbilidad postoperatoria de las pacientes embarazadas con apendicitis aguda durante Enero 1999 y Diciembre 2008.

Es necesario hacer una evaluación constante en cuanto a una mejor realización de las historias clínicas, a fin de que se recolecten los datos a cabalidad y no se dejen de plasmar información necesaria tanto para obtener un diagnóstico preciso y en menor tiempo como para obtener la información requerida a la hora de realizar algún trabajo de investigación en el futuro.

Actualizar los sistemas de control y registro estadístico del servicio de historias médicas del H.U.L.R., en virtud de facilitar próximos trabajos de investigación y la recolección de datos que ello implica

Desarrollar un protocolo simplificado en el HULR unificando criterios diagnósticos para hacer más práctica y certera la toma de decisiones y disminuir el

tiempo de permanencia de las gestantes con la clínica de apendicitis aguda, con el fin de disminuir la morbi - mortalidad materno – fetal.

Realizar un trabajo con un mayor número de pacientes, basado en un estudio analítico, prospectivo, observacional y longitudinal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Bates B, (2002) *Propedéutica médica*. Editorial Mc Graw Hill; 2da Edición; 18: 105 – 108.

Botero A.(1992) *Obstetricia y Ginecología*. Editorial mexicana; 4ta edición. 25: 155-159.

Burrow F, (1998) *Complicaciones médicas durante el embarazo*; Editorial médica Panamericana SA; 4ta Edición, 18;260 – 262

Butte J, (2006) *Apendicectomía en la embarazadas, experiencia en un hospital público chileno*. *Revista Médica de Chile*; 27(5) 145 – 151.

Gary F, Norman G, Kenneth L, Larry G, Jhn H; (2002) *William Obstetricia*, Editorial médica panamericana, 21 Edición.

Howkins J, Stallworthy J. (1980) *Cirugía ginecológica de Bonney.*, Editorial Jims Barcelona España. 3era edición. 1:1 -4; 29: 649-665; 36:775-779; 37:784-791; 38: 793-796.

Kids Hh. Org.2006, Marzo. *Calendario Semanal del Embarazo*. Disponible: <http://Wikipedia.org/Embarazo.com>. [Enero, 2008].

Kevin P, Lally M.D (2002) *Cirugía del Apéndice*. Editorial Mc Graw Hill. 3era edición. 45:1051 – 1061.

Linares J (2006) *Muerte Fetal in Utero*. Artículo Original Disponible en:  
G:\Internet\FETO MUERTO.mht

López V. (2000) *Comportamiento de la apendicitis aguda en la Embarazadas*.  
Hospital de Referencia Nacional “ Berta Calderón Roque” ; p1 – 21.

Martínez O, (2006) *Apendicitis aguda y embarazo, experiencia en el hospital los  
Ángeles – México*;28:(4); 230 – 233. Disponible: G:\Internet\otros\Apendicitis y  
embarazo\_ Experiencia en el Hospital Ángeles México.mht

Martínez S, ( 2001). Bases del conocimiento Quirúrgico. Editorial Mc Graw Hill.  
Ineramericana. 3era edición; III:12:p173-187

Molpus B.K, Rothrock S.G. (1995) *Apendicitis aguda, un enfoque práctico para  
mejorar la evolución del paciente*. Residents and Staff phicians;1: 11, 5:41.

Morales R (2002) *Apendicitis aguda durante el embarazo*.*Revista Cubana  
Obstetricia Ginecología*, 28(1): 29-33

Rhoads A, Harkins M. (1970) *Pincipios y Prácticas de Cirugía*. Editorial México  
Interamericana. . 4ta Edición. 37: 871-893.

Rodríguez J, Leches F.(1985) *Abdomen agudo*. Editorial Científico Técnica, la  
habana Cuba.; 4ta Edición. 35: 255 – 358

Sabiston D, David C. (1981) *Tratado de patología quirúrgica*. Edición México,  
Nueva Editorial Interamericana, 13va Edición. 10: 1033-1038.

Schwartz S, Shires T, Spencer F, Storer E. (1987) *Principios de cirugía*, Edición México Mc Graw – Hill. SA. . 6ta Edición 29: 1242-1251.

Uranga F (2004) *Obstetricia práctica*. Editorial Intermédica; 4ta edición.. 36: 135-149.

Wong P (2001) *Apendicitis Aguda. disponible en: G:\Internet\otros\Apendicitis Aguda.mht*

## ANEXOS.



### APÉNDICE NRO 1

UNIVERSIDAD DE ORIENTE.  
 NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI “ EXTENSIÓN NUEVA ESPARTA”  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 HOSPITAL CENTRAL “ LUIS RAZETTI” DE BARCELONA.  
 DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL.

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NRO DE HISTORIA \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Semanas de Gestación \_\_\_\_\_

GESTAS: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Legrado: \_\_\_\_\_

#### ESTADÍOS DE LA APENDICITIS AGUDA:

Catarral. \_\_\_\_\_

Flegmonosa \_\_\_\_\_

Supurativa \_\_\_\_\_

Gangrenosa: \_\_\_\_\_

Perforada: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pre - Operatorio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Post- Operatorio: \_\_\_\_\_

Complicaciones Maternas: \_\_\_\_\_

Complicaciones Fetales: \_\_\_\_\_

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

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>TÍTULO</b>    | <b>MORBILIDAD POST – OPERATORIA EN PACIENTES EMBARAZADAS CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”, ENERO 1999 - DICIEMBRE 2008.</b> |
| <b>SUBTÍTULO</b> |  |

**AUTOR (ES):**

| <b>APELLIDOS Y NOMBRES</b> | <b>CÓDIGO CULAC / E MAIL</b>                                    |
|----------------------------|---|
| Alfonzo E; Gilcelys I.     | <b>CVLAC:</b> 16.036.770<br><b>E MAIL:</b> gilcelys@hotmail.com |
|                            | <b>CVLAC:</b><br><b>E MAIL:</b>                                 |
|                            | <b>CVLAC:</b><br><b>E MAIL:</b>                                 |
|                            | <b>CVLAC:</b><br><b>E MAIL:</b>                                 |

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

Apendicitis, Postoperatorio, Morbilidad, Embarazada, Infecciones, Complicaciones, Plastrón, Apéndice, Vermiforme

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

| ÀREA                 | SUBÀREA             |
|----------------------|---------------------|
| Ciencias de la Salud | Escuela de Medicina |
|                      |                     |
|                      |                     |
|                      |                     |
|                      |                     |
|                      |                     |
|                      |                     |
|                      |                     |
|                      |                     |

**RESUMEN (ABSTRACT):**

En 1886 Reginald Fitz, de Boston hizo una contribución decisiva al analizar el apéndice como la causa primaria de inflamación en el cuadrante inferior derecho. Este autor acuñó el término *apendicitis* y, lo que es más importante, recomendó el tratamiento quirúrgico temprano en la enfermedad. Definiéndose así a la Apendicitis aguda como al proceso de inflamación de la apéndice vermiforme el cual es una vestigio del intestino grueso, que de acuerdo a su fisiopatología conlleva a distintos hallazgos anatomopatológico y fases evolutivas como lo son: la fase catarral, fase flegmonosa, fase supurativa, fase gangrenosa y fase perforada, que en el caso de la mujer embarazada si no se tiene un diagnóstico y tratamiento oportuno, puede conllevar a que aumente la morbilidad fetal o la mortalidad materno – fetal, ya que la apendicitis puede ocasionar desprendimiento de placas necróticas y traer como consecuencia una peritonitis localizada o generalizada. Entre las complicaciones de la apendicectomía por apendicitis no perforada tenemos las infecciones de la herida quirúrgica y entre las complicaciones de la apendicectomía por apendicitis perforada

tenemos la peritonitis. En éste estudio Retrospectivo, se tomó como muestra 30 pacientes embarazadas con apendicitis aguda, en donde se obtuvo de acuerdo al número de gestas hubo una prevalencia de la apendicitis aguda en mujeres multigestas seguidas de las primigestas, así mismo una prevalencia entre el grupo etáreo comprendido entre los 19-26 años, mayores casos de apendicitis durante el segundo trimestre, encontrando que la fase más predominante era la fase catarral. De las 30 pacientes Gestantes operadas por Apendicitis aguda en HULR, desde enero 1999 hasta diciembre 2008, la mayor prevalencia ocurre en el año 2004 con 6 casos representando el 20%, seguido del año 2000 y 2006 con 4 casos respectivamente, representando cada año el 13.33%, luego el año 1999 y 2008 con 3 casos representando el 10%, y con menos frecuencia los años 2001-2003, 2005, 2007 representando el 6.66% respectivamente.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

| APELLIDOS Y<br>NOMBRES           | ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL |                        |    |    |    |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------|----|----|----|
|                                  | ROL                         | CA                     | AS | TU | JU |
| Agustín, Vieira<br>CI: 7.244.220 |                             |                        | X  |    |    |
|                                  | CVLAC:                      |                        |    |    |    |
|                                  | E_MAIL                      | vieiragust@hotmail.com |    |    |    |
|                                  | E_MAIL                      |                        |    |    |    |
| Molina, Nelson<br>CI:3.764.025   |                             | CA                     | AS | TU | X  |
|                                  | CVLAC:                      |                        |    |    |    |
|                                  | E_MAIL                      | nemogui1@hotmail.com   |    |    |    |
|                                  | E_MAIL                      |                        |    |    |    |
| Saud, Aníbal<br>CI:541003        |                             | CA                     | AS | TU | X  |
|                                  | CVLAC:                      |                        |    |    |    |
|                                  | E_MAIL                      | anibalsaud@hotmail.com |    |    |    |
|                                  | E_MAIL                      |                        |    |    |    |
|                                  |                             | CA                     | AS | TU | JU |
|                                  | CVLAC:                      |                        |    |    |    |
|                                  | E_MAIL                      |                        |    |    |    |
|                                  | E_MAIL                      |                        |    |    |    |

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 2009 | 06  | 08  |
| AÑO  | MES | DÍA |

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

**ARCHIVO (S):**

| <b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>     | <b>TIPO MIME</b>   |
|------------------------------|--------------------|
| MorbilidadPostOperatoria.doc | Aplicación ms/word |
|                              |                    |
|                              |                    |

**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:**

Médico Cirujano\_\_\_\_\_

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pre - Grado\_\_\_\_\_

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Ciencias de la Salud\_\_\_\_\_

**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 de exclusiva propiedad de la Universidad, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, el cual lo participará \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Consejo Universitario”

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ALFONZO E; GILCELYS I**

**AUTOR**

\_\_\_\_\_  
**VIEIRA; AGUSTÍN**

**TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**MOLINA; NELSON**

**JURADO**

\_\_\_\_\_  
**SAUD; ANIBAL**

**JURADO**

\_\_\_\_\_  
**OVALLES; MARÍA**

**POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS**