

**COMPLICACIONES POST- APENDICECTOMIA EN PACIENTES ENTRE 20 Y
50 AÑOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, PERÍODO 2007 – 2008.**

**MARIA FERNANA ERASO BENAVIDES
JANE KORINNE GUEVARA MANCHOLA**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA – SEDE PASTO
LINEA DE INVESTIGACION: CIRUGIA GENERAL
SAN JUAN DE PASTO
JUNIO 2009**

**COMPLICACIONES POST- APENDICECTOMIA EN PACIENTES ENTRE 20 Y
50 AÑOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, PERÍODO 2007 – 2008.**

**MARIA FERNANA ERASO BENAVIDES
JANE KORINNE GUEVARA MANCHOLA**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
Médico General.

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA – SEDE PASTO
LINEA DE INVESTIGACION: CIRUGIA GENERAL
SAN JUAN DE PASTO
JUNIO 2009**

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado No. 1

Jurado No. 2

San Juan de Pasto, Junio 2009

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a Dios fuente inagotable de sabiduría, a sus padres, las personas de quienes reciben el ejemplo de la constancia, a sus educadores por la formación entregada, quienes contribuyeron a su aprendizaje durante varios años.

Doctora Elehonora Argotty por todos sus consejos, su paciencia y amistad como persona, Doctora Ana Milena Torres por la constancia, la educación y por ser la guía de su trabajo. Doctora Gloria Hernández y Doctor Filipino Moran por su entrega, su apoyo, consejos, enseñanza y sugerencias durante toda su carrera universitaria.

Agradecen profundamente al Hospital Universitario Departamental E.S.E. y a todo su personal por las facilidades brindadas para la realización de esta investigación, al personal de cómputo y archivo de la institución.

INFINITAS GRACIAS

DEDICATORIA

Madre, serás siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, gracias por enseñarme lo hermosa que es la vida, que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. Tu esfuerzo, se convirtió en tu triunfo y el mío, TE AMO.

Abuelita, quien ha sido mi guía y apoyo incondicional, le agradezco de todo corazón por su amor, cariño y comprensión, siempre te llevo en mi mente y en mi corazón.

Hermanitas, por la compañía y el apoyo que me brindan, se que cuento con ellas siempre.

Finalmente a mi Abuelito a quien debo todo lo que soy, gracias por apoyarme y estar conmigo siempre, se que desde el cielo seguirás guiando mi camino. TE EXTRAÑO.

Jane Korinne Guevara Manchola.

Dedicado al esfuerzo, al trabajo y a la perfección.

Pensando siempre en el ahora, más nunca en el después.

Queriendo siempre alcanzar lo mas grande, el saber, a la compañía de un ser maravilloso y fuerte.

Al amor de mi vida y fortaleza, mi madre, al fuego y alma de la misma Sara Sofía.

Adriana mi amiga y compañera, mi padre la fuerza de seguir intentándolo siempre.

Maria Fernanda Eraso Benavides.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. ASPECTOS GENERALES	18
1.1 TITULO	18
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.2.1 Descripción Del Problema	18
1.2.2 Formulación Del Problema	19
1.3 OBJETIVOS	19
1.3.1 Objetivo General	19
1.3.2 Objetivos Específicos	20
1.4 JUSTIFICACION	20
1.5 METODOLOGIA	22
1.5.1 ENFOQUE	22
1.5.2 TIPO DE ESTUDIO	22
1.5.3 POBLACION Y MUESTRA	22
1.5.4 FUENTES DE RECOLECCION DE INFORMACION	22
1.5.5. TECNICAS PARA RECOLECCION DE INFORMACION	22
1.5.6. CRITERIOS	23
1.5.6.1 Inclusión	23
1.5.6.2 Exclusión	23
2. MARCO REFERENCIAL	24
2.1. MARCO TEORICO	24
2.1.1. Apendicitis	24
2.1.2 Epidemiología	25
2.1.3. Etiología	25

2.1.4. Patogenia	26
2.1.5. Diagnóstico	27
2.1.6. Diagnóstico diferencial	28
2.1.7. Tratamiento	28
2.1.8. Protocolo de manejo	28
2.1.9. Pronóstico	29
2.1.10. Complicaciones pos apendicetomía	30
2.1.11. Complicaciones frecuentes pos operatorias	30
2.1.12. Fiebre e infección posoperatoria	30
2.1.13. Complicaciones de la herida	32
2.1.14. Infección de la herida	33
2.1.15. Fallo de la herida	34
2.1.16. Shock	35
2.1.17. Absceso subfrenico	37
2.1.18. Desequilibrio ácido básico	37
2.1.19. Disfunción del tubo digestivo	37
2.1.20. Obstrucción intestinal	38
2.2 MARCO CONCEPTUAL	39
2.3 MARCO CONTEXTUAL	42
3. ANALISIS DE RESULTADOS	43
4. DISCUSION	58
5 CONCLUSIONES	59
6. RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	62
NETGRAFIA	64
ANEXOS	65

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1: CORTE LONGITUDINAL DE UN APÉNDICE INFLAMADO.	24
FIGURA 2: EL PUNTO DE MCBURNEY.	27
FIGURA 3 SINTOMAS, SIGNOS Y LABORATORIO.	27
FIGURA 4. SÍNTOMAS GENERALES.	31
FIGURA 5. PROTECCIÓN DE LAS PAREDES DE LA HERIDA CON FUNDA DE POLIETILENO.	34
FIGURA 6 PROPULSION ANORMAL DEL INTESTINO.	38

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS TOTAL DE LA POBLACION APENDICETOMIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	43
TABLA 2 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS HISTORIAS CLINICAS EXCLUIDAS	43
TABLA 3 DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR EDAD EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	44
TABLA 4 DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR GENERO EN PACIEINTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	45
TABLA 5 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR PROCEDENCIA EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	45

TABLA 6
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO PREQUIRURGICO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008. 46

TABLA 7
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO POSQUIRURGICO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008. 46

TABLA 8
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN ADMINISTRACION DE ANALGESIA PRE QUIRURGICA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008. 47

TABLA 9
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA FASE DE LA APENDICE REGISTRADA EN LA NOTA OPERATORIA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008. 47

TABLA 10
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008. 48

TABLA 11 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	49
---	-----------

TABLA 12 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA COMPLICACION POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	50
--	-----------

TABLA 13 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ACUERDO A LOS DIAS TRANSCURRIDOS DE APENDICECTOMIA Y EL INICIO DE LA COMPLICACION POS QUIRURGICA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	51
---	-----------

TABLA 14 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN EL NUMERO DE DIAS HOSPITALIZADOS POR LA COMPLICACION DE PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	52
---	-----------

TABLA 15 DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE COMPLICACION POS QUIRURGICA vs. GENERO FEMENINO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	53
--	-----------

TABLA 16 DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE COMPLICACION POS QUIRURGICA vs. GENERO MASCULINO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	54
---	-----------

TABLA 17 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN SUMINISTRO DE ANTIBIOTICO PRE QUIRURGICO vs. COMPLICACION POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	55
---	-----------

TABLA 18 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN SUMINISTRO DE ANTIBIOTICO POS QUIRURGICO vs. COMPLICACION POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	56
---	-----------

TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LA FASE DE APENDICE VS. COMPLICACIÓN POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.	57
--	-----------

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A: INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE DATOS	66
ANEXO B: PLAN OPERATIVO	67
ANEXO C: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	68
ANEXO D: PRESUPUESTO	69
ANEXO E: INFORME ESTADISTICO DE APENDICITIS AGUDA AÑO 2007 – 2008, H.U.D.N	70
ANEXO F: ARTICULO CIENTIFICO	83

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación, es realizado con el fin de identificar las diversas complicaciones post - apendicetomía, en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., en los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, con edades entre 20 y 50 años, durante Enero del 2007 y Diciembre del 2008.

Mediante los resultados obtenidos, se logra aportar algunas recomendaciones específicas, en cuanto a cuidado de pacientes pos operatorios se refiere, aclarando que estas medidas serán específicas, para realizarse en el hogar del mismo.

Los casos de patología abdominal son una de las entidades más estudiadas debido a la alta probabilidad de diagnósticos diferenciales que puedan encontrarse durante una exploración física en un paciente que presente un cuadro sugestivo de abdomen agudo.

Una de las patologías más diagnosticadas en el adulto joven es la apendicitis, por la presentación clínica que esta conlleva en el desarrollo de un cuadro de abdomen agudo.

Según las estadísticas se puede encontrar que hace 50 años, 15 de cada 100 000 personas murieran por apendicitis aguda, hoy el peligro de morir por una apendicitis no gangrenosa es inferior al 0,1 por 100. Es por ello que el presente estudio va encaminado a determinar la incidencia de las diferentes complicaciones que puedan presentarse en pacientes a quienes se les ha practicado apendicetomía en el servicio de cirugía del hospital universitario departamental.

En la actualidad no se conocen estudios en nuestro departamento, se ha observado en la práctica hospitalaria que muy frecuentemente se presentan casos de complicaciones luego de una cirugía, se considera prudente y muy útil la realización de este trabajo de investigación, para mejorar las estrategias de manejo que se han venido tomando acerca de la atención de los pacientes quirúrgicos.

Cabe destacar que por ser el Hospital Departamental de Nariño un punto de referencia importante, el estudio se realizara en esta institución debido a la alta demanda del servicio de cirugía estimando cuales son las complicaciones más frecuentes luego de realizar apendicetomía en pacientes con diagnóstico de una patología abdominal, con edad comprendida entre 20 y 50 años, con cuadro clínico característico de apendicitis aguda los cuales ingresaron al servicio de cirugía en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, entre Enero del 2007 y Diciembre del 2008.

Esta investigación es realizada con el fin de determinar la incidencia con que se presentan las complicaciones, su tiempo de aparición y el manejo establecido con el fin de proporcionar algunas recomendaciones específicas, en cuanto al cuidado pos operatorio del paciente se refiere.

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. TITULO

Complicaciones post- apendicetomía en pacientes entre 20 y 50 años, servicio de cirugía general, hospital universitario departamental de Nariño, San Juan de pasto, 2007 – 2008.

1. 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.2.1 Descripción Del Problema

La enfermedad abdominal es una de las causas más frecuentes de morbilidad en los pacientes, quienes presentan un cuadro sugestivo de apendicitis aguda, afectando esta, a personas de todos los grupos atareos, siendo más vulnerables los pacientes en edades extremas, según algunos autores la edad en la que más se presenta apendicitis aguda es entre los 20 y los 50 años, promedio de edades, las cuales fueron tomadas como referencia para la realización del presente proyecto.

Además se da a conocer las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse días después de la apendicetomía: absceso residual. Infección de herida, eventración, oclusión intestinal y fístula entero cutánea. Sin olvidar que por esta causa la re intervención puede ser necesaria para tratar de corregir las complicaciones adquiridas durante la recuperación del paciente, siendo importante enfatizar la necesidad de un diagnóstico oportuno ya que cuando existe demora en el mismo, aparecen mayores complicaciones y mortalidad nada despreciable. La apendicetomía sigue siendo uno de los procedimientos de emergencia más comunes realizados por los cirujanos generales o gastrointestinales. Datos recientes muestran que la incidencia de apendicitis aguda en países desarrollados es de 75 por 100.000 habitantes”¹.

1. Arnbjörnsson e (1982). «acute appendicitis as a sign of a colorectal carcinoma». *J surg oncol* 20 (1): 17–20. Pmid 7078180.

A pesar de numerosos ensayos clínicos y 8 meta-análisis, aún no está claro si la apendicetomía abierta es el abordaje quirúrgico más efectivo y eficaz para la apendicitis aguda debido a las numerosas complicaciones que se presentan luego del procedimiento quirúrgico²⁻⁹.

Cochrane Library realiza una revisión sistemática de diversos ensayos, los cuales determinan la frecuencia con que se presentan las complicaciones post – apendicetomía, esta es actualizada regularmente e incluye un análisis de 39 ensayos clínicos⁹. Esta meta-análisis sugiere que la infección de la herida es casi

la mitad de probable en países desarrollados y que los abscesos intra-abdominales ocurren casi 3 veces más frecuentemente en áreas subdesarrolladas. La razón para este aparente aumento en la aparición de complicaciones post – apendicetomía es desconocida. Ha habido una extensa investigación caracterizando el estado inmunológico de los pacientes sometidos a apendicetomía; no obstante, los resultados de esos estudios son conflictivos y las implicaciones clínicas siguen siendo poco claras¹⁰.

Las limitaciones de una revisión sistemática de la literatura fueron claramente documentadas por los autores de la revisión Cochrane que analizaron la aparición de complicaciones post - apendicetomía⁹, y concluyeron que todos los casos de apendicetomía abierta por apendicitis aguda realizados en un centros terciarios, presentaron específicas complicaciones infecciosas debido a malas técnicas quirúrgicas.

1.2.2 Formulación Del Problema

¿Cuáles son las complicaciones post - apendicetomía más frecuentes en pacientes con edad comprendida entre 20 y 50 años, en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Departamental de Nariño, en la ciudad de Pasto, año 2007 a 2008?.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar la frecuencia de las complicaciones luego de una apendicetomía en los pacientes que fueron atendidos, operados y hospitalizados en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, durante el periodo comprendido entre enero del 2007 y diciembre del 2008, con el fin de dar a conocer las estadísticas encontradas en la población que se estudió y así ampliar la cobertura de prevención y capacitación para el mejoramiento.

2. Baeza Herrea C, jaimes G, Villalobos Ayala D, Velasco Soria L. Manejo de las infecciones postoperatorias en las apendicetomías. *Rev. Cir* 2003; 71(1): 31.

9. Revista chilena de cirugía, issn 0718-4026 *versión on-line*, *Rev. chil cir* v.58 n.3 Santiago jun. 2006. Detección precoz de infección de herida operatoria en pacientes apendicetomizados* *early detection of wound infection after appendectomy. Drs. Claudio tapia¹, richard castillo², Oscar ramos¹, José morales¹, Ricardo blacud¹, Ricardo vega¹, francisco silva¹*

10. Segal I, walker ar (1982). «Diverticular disease in urban Africans in south Africa». *Digestión* 24 (1): 42–6. Pmid 6813167.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la incidencia de complicaciones en los pacientes en quienes se realizó una apendicetomía, según la edad, género y procedencia.
- Establecer el tipo de complicación más frecuente en el total de la población apendicetomizados (absceso residual; infección de la herida; eventración; oclusión intestinal; fístula entero cutánea).
- Determinar el tiempo de aparición de la complicación presentada en los pacientes pos apendicetomizados.
- Verificar la adherencia a las guías de atención para el uso de analgésicos, antibióticos.
- Identificar las complicaciones quirúrgicas según la fase en la que se encontraba la Apendicitis Aguda en la nota quirúrgica.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Debido a la gran demanda que se presenta en los pacientes con complicaciones post apendicetomía en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en la ciudad de Pasto y la premura con que deben emitirse los conceptos médicos sobre dicho tema; surge la necesidad de abrir espacios que permitan atender eficientemente a dichos pacientes, planteando un trabajo que va dirigido en primer lugar a ellos y luego a las personas, entidades y autoridades que de una u otra forma tiene que ver con el cuidado y protección de dichas complicaciones.

Es importante mencionar que se realiza el presente trabajo de investigación por la necesidad de conocer la incidencia de las complicaciones en los pacientes pos apendicetomizados, para que de esta manera puedan adoptarse estrategias encaminadas a mejorar la calidad de recuperación del paciente, mejorando medidas de prevención, siendo de relevante importancia el conocimiento y la actualización acerca de este problema.

La tasa de apendicetomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicetomías por una apendicitis ocurren

en 10 de cada 10,000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1970.

En el mundo, la incidencia de apendicitis es mucho menor en países en vías de desarrollo, sobre todo en algunas partes de África y en los grupos de menor nivel socioeconómico.

Se aprecia que determinadas zonas geográficas y ciertas clases sociales son más propensas para la ocurrencia de dichos casos; por ello se hace necesario ampliar la cobertura de prevención y capacitación de la población como un aporte importante en la salud pública a nivel regional, lo cual sería de gran impacto social ya que ha generado un problema, debido a las repercusiones que sufre tanto el paciente, como el personal de salud encargado del cuidado de los paciente y la institución que presta el servicio, siendo importante crear nuevas medidas para disminuir los riesgos de una re intervención o una nueva hospitalización luego de realizar un acto quirúrgico.

El Hospital Universitario Departamental de Nariño, es el principal centro de tercer nivel con que cuenta la región y ante la demanda debe contar con los medios científicos, económicos y humanos para que su labor sea mucho más efectiva, en aras de la salud y el bienestar de la población.

La meta de dicha investigación será reforzar el conocimiento que incluya un espacio académico adecuado al nivel de aprendizaje, para lograr una interacción de conocimientos más avanzados y expectativas de la investigación que contribuyan al estudio de los diferentes pacientes.

Se considera que es importante y útil realizar este proyecto, teniendo en cuenta que en esta región del país no se han elaborado estudios, que ofrezcan información relacionada sobre las diversas complicaciones que se presentan luego de realizar una apendicetomía.

Además el presente trabajo de investigación es viable, ya que los datos que se recolectaron para analizar estadísticamente, se encuentran depositados en la historia clínica de cada paciente, para posteriormente en una base de datos analizarlos, tomar cada una de las frecuencias encontradas y llevarlas a conclusiones que serán de vital importancia para definitivamente crear medidas estratégicas en prevención de complicaciones pos apendicetomía se refiere.

1.5 METODOLOGIA

1.5.1 ENFOQUE:

La investigación está ubicada dentro del paradigma cuantitativo puesto que el propósito es describir la frecuencia con que se presenta las complicaciones post apendicetomía, en pacientes con patología de apendicitis aguda, realizando la recolección de la información de una fuente secundaria como lo es la revisión de historias clínicas y el análisis de la misma con aplicación del método estadístico

1.5.2 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizará un estudio retrospectivo en la medida que se medirán cada una de las variables y de tipo Descriptivo porque se trabajara con hechos que se dieron en la realidad tiempo atrás, con datos recolectados de la revisión de las Historias Clínicas quirúrgicas del archivo del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., en el periodo comprendido entre enero 2007 y diciembre 2008.

1.5.3 POBLACIÓN

Estará constituida por 185 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, no especificada (K359) los cuales pertenecen a un rango de edad entre 20 y 50 años y que a su vez fueron intervenidos quirúrgicamente; realizándoles apendicetomía, en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Departamental de Nariño entre Enero del 2007 y Diciembre del 2008.

1.5.4 FUENTE DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Como investigadores se consideró la necesidad de recolectar la información de fuentes secundarias, mediante el análisis del registro individual de historias clínicas almacenadas en el archivo del Hospital Universitario Departamental de Nariño durante el periodo comprendido entre Enero del 2007 y Diciembre del 2008.

1.5.5 TECNICAS PARA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Se realizó mediante la consignación de la información de cada historia clínica en un formato de recolección de datos correspondientes a los casos de pacientes con apendicitis aguda y de ellos se eligió la proporción de pacientes que presentaron complicaciones pos apendicetomía.

1.5.6 CRITERIOS

1.5.6.1. Criterios de inclusión:

Pacientes con reingreso al servicio de cirugía general del H.U.D.N. por complicaciones post – apendicetomía, entre enero del 2007 y diciembre del 2008.

Pacientes con edad mayor o igual a 20 años.

Pacientes con edad igual o menor de 50 años.

Total de pacientes a quienes se les realizó apendicetomía en el H.U.D.N. independientemente del sexo, durante el periodo comprendido entre enero del 2007 y diciembre del 2008

1.5.6.2. Criterios de exclusión:

Edades comprendidas entre 0 – 19 años.

Edades comprendidas entre 51 años o más.

Paciente que consulte por otra causa como trombosis mesentérica, patologías ginecológicas, patologías gástricas, entre otras.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEORICO

Antes de desarrollar el trabajo miremos brevemente qué son y en qué consisten las complicaciones de pacientes post apendicetomizados. Se conoce como complicación post apendicetomía, a toda desviación del proceso de recuperación que se espera tras una intervención quirúrgica.

2.1.1. APENDICITIS

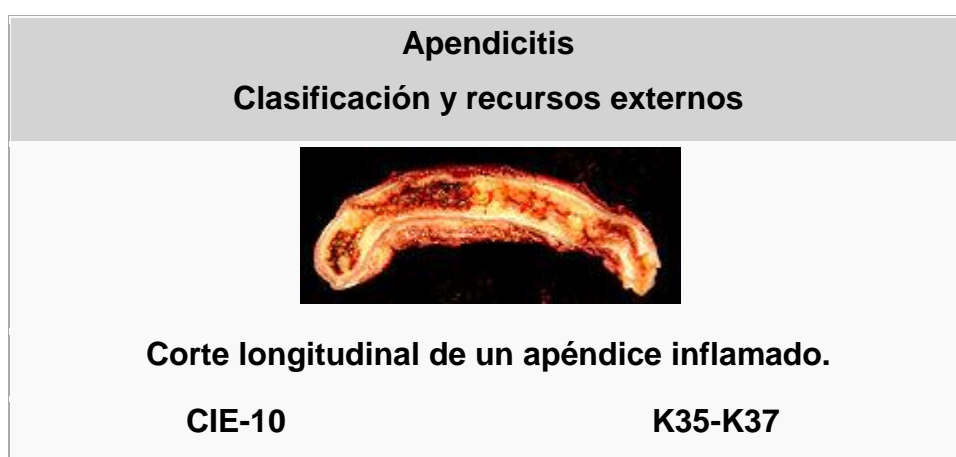


Figura 1

Apendicitis es la inflamación del apéndice, ubicado en el ciego, que es la porción donde comienza el intestino grueso. Normalmente los casos de apendicitis aguda requieren de un procedimiento quirúrgico llamado apendicetomía bien por laparoscopia o laparotomía que no es más que la extirpación del apéndice inflamado. En casos sin tratamiento, el índice de mortalidad es elevado, principalmente debido a complicaciones como la peritonitis y el shock séptico,¹ en particular cuando el apéndice inflamado se rompe.

1. Arnbjörnsson e (1982). «acute appendicitis as a sign of a colorectal carcinoma». *J surg oncol* 20 (1): 17–20. Pm id 7078180.

La apendicitis aguda se describió por primera vez en 1886 por Reginald Fitz,² y las contribuciones de Charles Mc Burney en 1889, reconocida como una de las causas más frecuentes de dolor abdominal agudo o repentino en el mundo. Aproximadamente 7% de la población será operado de una apendicetomía debido a una apendicitis aguda.³

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en el segundo y tercer decenio de la vida,⁴ en el que, exceptuando las hernias estranguladas, es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso y súbito y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países.⁵ Es también una causa importante de cirugías pediátricas, frecuente en preescolares y escolares con cierto predominio en los varones y una predisposición familiar.

La tasa de apendicetomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicetomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10,000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1970.

En el mundo, la incidencia de apendicitis es mucho menor en países en vías de desarrollo, sobre todo en algunas partes de África y en los grupos de menor nivel socioeconómico.⁴

2.1.3. ETIOLOGÍA

La principal teoría de la fisiopatología de la apendicitis, basado en evidencias experimentales apunta hacia un taponamiento de la luz del apéndice por un apendicolito.⁶ Las infecciones (*Áscaris lumbricoides*, *Enterobius*, larva de *Taenia*) pueden también ocluir la luz del apéndice con aumento de la presión por la producción de mucosidad propia del órgano. Rara vez ocurre obstrucción del apéndice por razón de un tumor.

2. Baeza Herrea C, jaimes G, Villalobos Ayala D, Velasco Soria L. Manejo de las infecciones postoperatorias en las apendicetomías. *Rev. Cir* 2003; 71(1): 31.

3. Brunicardi, f. (2006). *Schartz: principios de cirugía* «capítulo 29: el apéndice», 8^{va} edición, mcgraw-hill. Isbn 9789701053737.

4. Burkett DP (1971). «The etiology of appendicitis». *Br j surge* 58 (9): 695–9. Pm id 4937032.

5. Diccionario de medicina; Océano Mosby, cuarta edición; versión en español, grupo editorial océano, Impreso en España.

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

La perforación conduce a una peritonitis y esta aumenta el riesgo de mortalidad del paciente. Esta ruta de progresión de la enfermedad se interrumpe con el tratamiento quirúrgico y muy rara vez se recupera espontáneamente. Las bacterias intestinales se escapan a través de las paredes del apéndice, se forma pus dentro y alrededor del apéndice y el resultado de una ruptura de este tipo es una peritonitis, que puede conllevar a una sepsis infecciosa y disfunción orgánica múltiple y, eventualmente la muerte.⁵

Entre los agentes que causan bloqueo del apéndice se encuentran cuerpos extraños, trauma físico, gusanos intestinales y linfadenitis. El bloqueo por fecalomas, ha causado interés reciente en investigadores como agente etiológico de la apendicitis. La incidencia de fecalomas es mayor en países desarrollados que en países en desarrollo, frecuentemente asociado a las apendicitis complicadas. Los fecalomas aparecen en el apéndice probablemente debido a una retención fecal en el colon derecho y una prolongación en el tiempo del tránsito fecal por esa región.¹⁴ Sin embargo, dicha obstrucción de la luz como factor patógeno se identifica sólo en 30 a 40% de los casos. En la mayoría de los casos, el acontecimiento inicial es la ulceración de la mucosa.

2.1.4. PATOGENIA

La inflamación del apéndice produce, con el tiempo, una obstrucción de la luz del órgano. Esa obstrucción conlleva a una acumulación de las secreciones de la mucosa con aumento consecuente de la presión intraluminal.

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

5. Diccionario de medicina; Océano Mosby, cuarta edición; versión en español, grupo editorial océano, Impreso en España.

6. Fitz rh (1886). «Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment». *Am j med sci* (92): 321–46.

Basado en esa secuencia de eventos, el apéndice con signos de inflamación leve se conoce como *catarral*, la obstructiva se le llama *flegmonosa*, pasando luego a *gangrenosa*, *perforada* y finalmente *abscedada*.

2.1.5. DIAGNÓSTICO

El *punto de Mc Burney* (identificado con el número 1) es uno de los signos más frecuentes en el diagnóstico de la apendicitis.¹⁴ El diagnóstico de la apendicitis se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementado con análisis de sangre.



FIGURA 2

La exploración física se basa en la palpación abdominal. La presentación de la apendicitis suele comenzar como un dolor repentino localizado en la mitad inferior de la región epigástrica, caracterizado por ser un dolor de moderada intensidad y constante que ocasionalmente se le superponen calambres intermitentes. Luego desciende hasta localizarse en la fosa ilíaca derecha, en un punto ubicado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina ilíaca antero-superior, llamado Punto de Mc Burney¹.

Síntomas
Dolor migrante fosa ilíaca derecha
Anorexia nauseas y vómitos
Signos
Dolor en la fosa ilíaca derecha
Dolor de rebote a la palpación
Fiebre
Laboratorio
Leucocitosis-neutrofilos inmaduros

FIGURA 3

14. Ramírez Campo P, Rivas Cabral C, Scharf Rodríguez C, González Pimentel J, Otero Cruz H. Complicaciones postapendicectomía. Acta Médica Dominicana [en línea] 2000 [fecha de acceso 25 de marzo del 2004]; 20(5).URL disponible en: <http://www.bvs.org.do/apendicitis.htm>.

2.1.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La precisión diagnóstica de la apendicitis suele ser entre el 75-80% basado en los criterios clínico, los diagnósticos diferenciales tenidos en cuenta son la linfadenitis mesentérica, ausencia de enfermedad orgánica, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, rotura de folículo ovárico o cuerpo amarillo, gastroenteritis aguda.⁴ Enteritis regional, cólico nefrítico, úlcera péptica perforada, torsión testicular, pancreatitis, embarazo ectópico, endometriosis, Diverticulitis, obstrucción intestinal, cáncer de colon, aneurisma de aorta.

2.1.7. TRATAMIENTO

Una vez diagnosticada la apendicitis aguda, el paciente debe recibir tratamiento médico y quirúrgico. El manejo médico se hace con hidratación del paciente; aplicación de antibióticos adecuados y analgésicos. La cirugía se conoce con el nombre de apendicetomía y consiste en hacer una incisión en la fosa ilíaca derecha y extirpar el apéndice afectado, drenar el líquido infectado, y lavar la cavidad con solución salina.

2.1.8. PROTOCOLO DE MANEJO

A todo paciente con cuadro de dolor abdominal y sospecha de apendicitis aguda, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Suspensión de la vía oral.
- Hospitalizar para observación y valoración por Cirugía General.
- En caso de mujeres embarazadas o de mujeres en edad fértil con diagnóstico poco claro y/o sospecha de patología ginecobstétrica, se solicitará interconsulta y manejo conjunto con el servicio de ginecología.
- Explicar a la familia la sospecha diagnóstica y la conducta a seguir.

1. Arnbjörnsson e (1982). «Acute appendicitis as a sign of a colorectal carcinoma». *J surge oncol* 20 (1): 17–20. Pmid 7078180.

11. Wangenstein oh, bowers wf (1937). «significance of the obstructive factor in the genesis of acute appendicitis». *Arch surg* 34: 496-526.

- El inicio de la hidratación se realizara con SSN 0,9% o Lactato de Ringer con bolos que corrijan la deshidratación y luego con un volumen / hora de mantenimiento.
- Si el cuadro clínico tiene varios días de evolución se iniciara reposición de electrolitos por el especialista.
- Solicitar exámenes básicos de laboratorio: cuadro hemático y parcial de orina.
- Solicitar al paciente o a los padres o al acudiente (en caso de menor de edad) la firma de la AUTORIZACION DE INTERVENCION QUIRURGICA explicando las complicaciones derivadas de la enfermedad y del PRROCEDIMIENTO (infección de la herida, absceso intraabdominal residual, bridas, etc.) lo cual debe quedar consignado por escrito en historia clínica del paciente.
- Individualizadamente y solo por orden del especialista se podrá solicitar adicionalmente una Glicemia, Bun, Creatinina, Rx de Tórax, Electrolitos, E.K.G. y valoración por Anestesiología.
- La prescripción de antibióticos y analgésicos se ordenara por especialistas solo si el diagnóstico es claro y el paciente va a ser llevado a intervención quirúrgica.

2.1.9. PRONÓSTICO

La mayoría de los pacientes con apendicitis se recuperan con facilidad después del tratamiento quirúrgico, sin embargo, pueden ocurrir complicaciones si se demora el tratamiento.⁵

- Si el paciente tiene menos de 24 horas de evolución o los signos clínicos son evidentes que el proceso se encuentra localizado en FID se podrá realizar una incisión transversal (Rocky Davis o Mc Burney).¹²

La recuperación depende de la edad y condición de salud del paciente y otras circunstancias, como las complicaciones y el consumo de licor, entre otras. Por lo general la recuperación después de una apendectomía tarda entre 10 y 28 días.

4. Burkitt dips (1971). «The etiology of appendicitis». *Br j surg* 58 (9): 695–9. Pm id 4937032.

La mortalidad y las complicaciones severas, aunque infrecuentes, ocurren especialmente si se acompaña con peritonitis, si esta persiste o si la enfermedad toma su curso sin tratamiento. Una de las complicaciones poco frecuentes de una apendectomía ocurre cuando queda tejido remanente inflamado después de una apendectomía incompleta.¹⁶

2.1.10. COMPLICACIONES POS APENDICECTOMIA

Una atención peri operatoria efectiva reduce la frecuencia y gravedad de las complicaciones, es por eso que deben tener en cuenta durante todo el procedimiento los siguientes aspectos.

Antes de la operación:

Revisar todas las opciones quirúrgicas y anestésicas y los riesgos que conllevan.
Prever posibles complicaciones en cada paciente.
Profilaxis.

Durante la operación:

Monitorizar las funciones vitales.
Emplear técnica quirúrgica meticulosa.
Evitar tiempo quirúrgico excesivo.

Después de la operación:

Vigilar para corregir anormalidades en etapa temprana.

2.1.11. COMPLICACIONES FRECUENTES POS OPERATORIAS:

2.1.12. FIEBRE E INFECCIÓN POSOPERATORIA

Durante la observación sistemática del paciente operado suele ocurrir un aumento significativo de temperatura.

5. Diccionario de medicina; Océano Mosby, cuarta edición; versión en español, grupo editorial océano, Impreso en España.

12. Guía De Manejo, Área Responsable: Servicio De Quirúrgicas, Cirugía General Código E.S.E.Hospital San Rafael Fusagasuga, Apendicitis Aguda, 04h-Qx001

CAUSA INFECCIOSA

El origen de la contaminación que da lugar a la infección clínica tiene vital importancia en la prevención y los esfuerzos terapéuticos siguientes. Este origen pueden ser:

Adquiridas en la comunidad: antes que el paciente tenga contacto con el medio hospitalario.

Contaminación en el momento de la operación a través de vía respiratoria, durante la anestesia general o por cánulas o catéteres.

CUADRO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN EN EL POSTOPERATORIO.

Síntomas locales: calor, dolor, rubor, eritema.

Síntomas generales: fiebre, escalofríos, rigidez.¹⁰



FIGURA 4.

Factores que aumentan la vulnerabilidad a infecciones por apendicetomía.

Neonato

Desnutrición

Cáncer diseminado

Obesidad.

Anciano

Diabetes Mellitus

Tratamiento inmunosupresor (corticoides)

16. Yardeni D, Kirsch RB, Drongowski RA, Teitelbaum DH, Geiger JD, Coran AG (2004). «Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: do we need to operate during the night? ». *J. Pediatr. Surg.* 39 (3): 464–9; discussion 464–9. DOI:10.1016/j.jpedsurg.2003.11.020. PMID 15017571.

10. Revista chilena de cirugía, issn 0718-4026 versión on-line, Rev. Chil cir v.58 n.3 Santiago jun. 2006. Detección precoz de infección de herida operatoria en pacientes apendicectomizados* early detection of wound infection after appendectomy. Drs. Claudio tapia¹, Richard castillo², Oscar ramos¹, José morales¹, Ricardo blacud¹, Ricardo vega¹, francisco silva¹

2.1.13. COMPLICACIONES DE LA HERIDA

Su incidencia depende del tipo de operación, enfermedad y estado del individuo y eficiencia y criterios técnicos del cirujano.⁴

HEMATOMA Y SEROMA

Hematoma: es la acumulación de sangre, casi siempre debida a una hemostasia inadecuada. La hipotensión produce espasmos de los vasos durante la operación, y la herida toma un aspecto seco antes de cerrarla, desarrollando a las pocas horas un hematoma, una vez que se restablece la presión arterial normal. Los hematomas elevan los bordes de la herida produciendo molestias e inflamación y a veces acumulan sangre entre una y otra sutura.

Hematomas grandes: después de operaciones en que se realiza un desprendimiento amplio de la piel contigua. En ellos la pérdida de sangre es suficiente para ocasionar taquicardia, hipotensión y descenso del hematocrito.

Hematoma de tamaño pequeño: experimentan resorción más rápida pero en ellos se incrementa la incidencia de la infección de la herida.

Seroma: es la acumulación en la herida de líquido que no es ni pus, ni sangre, sino suero.¹¹

En las heridas pequeñas se presenta como una licuefacción grasa necrótica.

Los grandes seromas se producen por operaciones que elevan grandes colgajos cutáneos o que dividen numerosos conductos linfáticos.

Se previenen colocando drenes de succión cerrada debajo de los colgajos.

4. Burkett dips (1971). «The etiology of appendicitis». *Br j surg* 58 (9): 695–9. Pm id 4937032.

2.1.14. INFECCIÓN DE LA HERIDA

Es la acumulación de pus en ella. Si no hay alteración sistémica la complicación se resuelve mediante aspiración o drenaje (infección menor). Una infección mayor se define como aquella que pone en mal estado al paciente. La infección de las heridas es un fenómeno consecutivo a la proliferación de organismos en ella; ello requiere:

- La inoculación de la herida por el microorganismo
- Un medio favorable para la inoculación bacteriana, como sangre o líquido seroso, tejido a vascular o necrótico, o algún cuerpo extraño.

Si se obtiene exudados bacterianos de las vísceras en el sitio de la operación, en la cirugía, y de la herida antes de cerrar la piel se clasifica como:

Limpias: si no hay desarrollo en cualquiera de los exudados.

Potencialmente contaminadas: si el exudado visceral es positivo.

Contaminadas: si el exudado de la herida es positivo.

El método inicial en una posible infección de la herida consiste en obtener una muestra de pus o exudado para cultivo bacteriano mediante aspiración con aguja y técnica aséptica.

Las heridas limpias rara vez se infectan. El 30% de las contaminadas desarrollan infección. El elemento crucial en la prevención de las infecciones de la herida es la técnica quirúrgica escrupulosa en la que se evite la contaminación de la herida.

Se sabe que el empleo juicioso de antibióticos profilácticos reduce la frecuencia de infección de las heridas en heridas contaminadas y potencialmente contaminadas.

11. Segal I, Walker A (1982). «diverticular disease in urban Africans in south Africa». *Digestion* 24 (1): 42-6. PMID 6813167.

2.1.15. FALLO DE LA HERIDA

Se define como rotura parcial o total de una o todas las capas de la herida quirúrgica existen dos tipos de fallo de la herida:

Temprana (dehiscencia)
Tardía (hernia insicional)

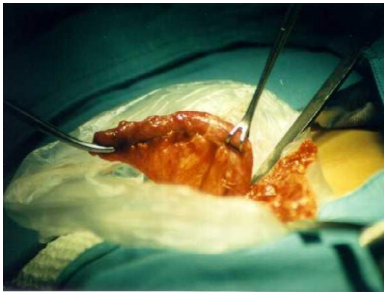


FIGURA 5: Protección De Las Paredes De La Herida Con Funda De Polietileno.⁸

La rotura de todas las capas de la herida con salida de las vísceras se denomina evisceración (1%) mortalidad de 20%.

Factores que interfieren en la cicatrización y producen fallo:

Desnutrición	Infección
Anemia	Uremia
Insuficiencia hepática	Diabetes
Obesidad	Tos intensa
Ascitis	

En el cierre de una herida deben considerarse los siguientes factores:

- Resistencia a la tracción del material de sutura (no absorbibles retienen resistencia a la tracción).
- Las características de la distensibilidad y anudamiento de la sutura.

8. Harrison principios de medicina interna 16a edición (2006). *Capítulo 281. Apendicitis y peritonitis agudas* (en español). *Harrison online en español*. Mcgraw-hill. Consultado el 14 de septiembre, 2008.

- La profundidad de los puntos y el número de suturas que se utilizan (se debe anudar los puntos con la suficiente tensión sin que produzca estrangulación).

El sitio de la incisión

El primer signo en la herida cuando las suturas se rompe:

Secreción de líquido serosanguinolento por la herida, pero en algunos casos la dehiscencia se presenta como una evisceración súbita tras una tos.

Entre las medidas inmediatas que se aplican durante una evisceración están:

- Tranquilizar al paciente
- Proporcionar analgesia adecuada
- Cubrir las vísceras con una compresa húmeda
- Luego explorar la herida bajo anestesia general
- Medidas en dehiscencia en paciente que no soporta otra anestesia:
- Empacar la herida con compresas
- Proporcionar un soporte externo con faja

Dentro de las causas de dehiscencia en la herida abdominal tenemos:

- Cierre técnico imperfecto
- Aumento de la presión intra abdominal
- Hematoma con infección o sin ella
- Trastorno metabólico (uremia, cushing, enf. Maligna)
- Tejido inadecuado para cierre riguroso

2.1.16. SHOCK

Se define como la incapacidad letal del sistema cardiovascular de mantener la perfusión adecuada de los tejidos. Se debe a una disminución en el volumen sanguíneo, deterioro en el gasto cardíaco, o una combinación de ambos factores. El shock se clasifica en tres categorías según su causa: hipovolémico, cardiogénico y séptico.

Shock hipovolémico

Se debe a un descenso en el volumen sanguíneo de la circulación y es la causa más frecuente de shock post operatorio.

Si la pérdida de sangre supera el 40% en forma aguda o si se prolonga el shock puede haber consecuencias irreversibles, tales como:

- Hipo perfusión coronaria con el riesgo de infarto que da lugar a la insuficiencia cardiaca y al shock cardiogénico secundario.
- Isquemia renal que produce necrosis tubular aguda.
- Acidosis metabólica (disminución excreción renal de H+, y aumento de metabolismo anaeróbica).
- Hipoperfusión cerebral.
- Aumento de la coagulabilidad en la sangre.

La taquicardia es el primer signo de hipovolémia y se acompaña de hipotensión cuando se agotan los mecanismos compensadores.

Shock cardiogénico

Suele deberse a la isquemia miocárdica o infarto con insuficiencia ventricular izquierda o arritmia que ocasiona un gasto cardiaco inadecuado puede ser una complicación del shock hipovolémico o séptico grave y a la inversa puede ocasionarse por aumento de líquido.

Shock séptico

Septicemia es la proliferación de bacterias en el torrente sanguíneo. Es una complicación directa del procedimiento quirúrgico de los estudios invasivos, o secundario a otra complicación infecciosa, también es una complicación tardía del shock hipovolémico.

Desde el punto de vista clínico hay dos tipos de shock séptico:

Shock caliente: taquipnea, escalofríos, fiebre en espigas y circulación hiperdinámica, con dilatación periférica difusa.

Shock frío: donde hay vasoconstricción periférica, se asocia a hipovolémia y se da en pacientes con pérdida de LEC.¹⁴

2.1.17. ABSCESO SUBFRENICO

Es el lugar más frecuente para la formación de abscesos intra abdominal.

- Factores que intervienen en la deficiencia de líquido en pacientes quirúrgicos:
- Depleción preoperatoria de líquido
- Perdida transoperatoria de líquido
- Perdida posoperatoria de líquido
- Desequilibrio de K⁺

Hipopotasemia:

En pacientes operados suele asociarse a una pérdida de líquido por el tubo digestivo, como causa de una diarrea o a la alcalosis metabólica provocada por el vómito o por la aspiración de una sonda naso gástrica prolongada, que favorece a la excreción renal de k⁺, afecta al músculo esquelético y provoca debilidad y disminución de los reflejos tendinosos, parálisis del músculo cardiaco y liso.¹⁵

Hiperpotasemia:

Es más frecuente en pacientes con insuficiencia renal, lesiones por aplastamiento o transfusión sanguínea masiva, produce espasmo en el músculo liso del tubo digestivo y de lugar a dolor abdominal diarrea y vómito.¹⁵

2.1.18. DESEQUILIBRIO ÁCIDO BÁSICO

Suele asociarse a insuficiencia respiratoria, alteración o pérdida neta de h⁺ o h₂co₃ por el tubo digestivo.

2.1.19. DISFUNCIÓN DEL TUBO DIGESTIVO.

Después de una laparotomía, la acción propulsiva normal del intestino sufre una depresión temporal designado con el nombre de íleo postoperatorio o paralítico.

14. MedlinePlus (abril 2008). *Apendicitis* (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 16 de septiembre, 2008.

FIGURA 6 propulsión anormal del intestino.

La motilidad del intestino delgado se restablece con rapidez, cabe comenzar la alimentación a través de sonda de yeyunostomía el día siguiente a la operación, el peristaltismo básico reaparece de 24 a 48h después de la operación y la actividad del colon aparece



La acidosis respiratoria casi siempre responde a una mejor ventilación en cambio una acidosis metabólica responde a una curación con infusión de NaH_2CO_3 . La alcalosis respiratoria en el periodo postoperatorio se debe a la hiperventilación espontánea o a la ventilación mecánica excesiva.

Después de 48h comenzando en el ciego y avanzando en sentido caudal.¹⁶ Ocasiona moderada distensión del abdomen y ausencia de ruidos intestinales 48 a 72h post operado.

2.1.20. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Es consecuencia del íleo paralítico u obstrucción mecánica. El íleo es prolongado en pacientes con trastornos metabólicos, inflamación intraperitoneal o retro peritoneal o hematoma, insuficiencia mesentérica o en pacientes en tratamiento con antidepresivos tricíclicos.

15. Ramírez Campo P, Rivas Cabral C, Scharf Rodríguez C, González Pimentel J, Otero Cruz H. Complicaciones postapendicectomía. Acta Médica Dominicana [en línea] 2000 [fecha de acceso 25 de marzo del 2004]; 20(5).URL disponible en: <http://www.bvs.org.do/appendicitis.htm>

16. Yardeni D, Hirschl RB, Drongowski RA, Teitelbaum DH, Geiger JD, Coran AG (2004). «Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: do we need to operate during the night? ». *J. Pediatr. Surg.* 39 (3): 464–9; discusión 464–9. DOI:10.1016/j.jpedsurg.2003.11.020. PMID 15017571.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

ABSCESO: (abscess) cavidad que contiene pus, y esta rodeada de tejido inflamado, formado como consecuencia de la supuración en una infección localizada (característicamente una infección estafilocócica) la curación del absceso se produce cuando este drena o es abierto quirúrgicamente. Si un absceso se localiza en profundidad el drenaje tiene lugar por medio de un trayecto fistuloso que lo comunica con la superficie.¹¹

ANOREXIA: (anorexia) Falta o pérdida del apetito, lo que ocasiona abstinencia al comer, la afección puede ser consecuencia de un alimento mal preparado, o de una comida o ambiente poco atractivo, una compañía desagradable u otras causas psicológicas diversas.⁵

APENDICITIS: (apendicitis) inflamación de la apéndice vermiforme, generalmente aguda, que si no se diagnostica evoluciona rápidamente a la perforación y la peritonitis.⁵

APENDICECTOMIA: (appendectomy) extirpación quirúrgica de la apéndice cecal o vermiforme a través de una incisión practicada en el cuadrante inferior derecho del abdomen (fosa iliaca derecha). La intervención se realiza en la apendicitis aguda para extirpar el apéndice inflamado antes de que se produzca su ruptura y de forma profiláctica en otras intervenciones abdominales.⁵

EDEMA: (edema) acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o capsulas articulares. Puede estar causado por aumento de la presión hidrostática capilar, obstrucción venosa, vendas o ligas. También puede deberse a perdida de proteínas séricas por quemaduras, heridas exudativas, fístulas, hemorragia síndrome nefrótico o diarrea excesiva.⁵

5. Diccionario de medicina; Océano Mosby, cuarta edición; versión en español, grupo editorial océano, Impreso en España.

11. Segal i, walker ar (1982). «Diverticular disease in urban Africans in south africa». *Digestión* 24 (1): 42–6. Pm id 6813167.

HEMATOMA: (hematoma) colección de sangre extravasada incluida en los tejidos de la piel o de un órgano, se forma como consecuencia de un traumatismo o una hemostasia incompleta tras una intervención quirúrgica. Al principio se produce una hemorragia franca en un determinado espacio, y si este, es limitado, la presión de la sangra disminuye y llega a detener el flujo. La sangre se coagula, se va separando el suero, el coagulo se endurece y la masa se hace palpable y con frecuencia produce dolor. Los hematomas pueden drenarse al comienzo de su evolución a la vez que se detiene la hemorragia, mediante presión o, en caso necesario la ligadura quirúrgica del vaso sangrante. Puede perderse una cantidad considerable de sangre. Una complicación importante es la infección.⁵

INVESTIGAR: realizar actividades intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre un determinado problema.¹¹

LAPAROSCOPIA: (laparoscopy) examen visual de la cavidad abdominal mediante un laparoscopio introducido por una pequeña incisión en la pared abdominal. También se usa para explorar los ovarios y las trompas de Falopio y la esterilización ginecológica mediante fulguración de los oviductos. Denominada también abdominoscopia.⁵

LAPAROTOMIA: (laparotomy) incisión quirúrgica de la pared abdominal realizada bajo anestesia regional o general con fines exploratorios. Antes de realizar el procedimiento es necesario hacer un hemograma completo, pruebas cruzadas sanguíneas y un análisis completo de orina; la piel debe afeitarse desde la línea mamilar hasta el pubis. El día anterior se administra un barbitúrico al paciente, el cual no debe ingerir por vía oral, ningún tipo de aliento sólido o líquido. Después de la operación suele administrarse un barbitúrico o tranquilizante y un narcótico con un fármaco anti colinérgico como la atropina. I se escinde el intestino, debe colocarse antes un tubo naso gástrico.

Es esencial la observación frecuente de los signos vitales y del sistema de drenaje y deben apuntarse la ingestión y excreción de líquidos, cada hora debe movilizarse al enfermo y ayudarle a toser y respirar profundamente, cuando exista dolor se administrara la medicina necesaria.¹¹

5. Diccionario de medicina; Océano Mosby, cuarta edición; versión en español, grupo editorial océano, Impreso en España.

11. Segal i, walker ar (1982). «Diverticular disease in urban Africans in south Africa». *Digestión* 24 (1): 42–6. Pm id 6813167.

INFECCION: (infection) 1 invasión del organismo, por microorganismos patógenos que se producen y multiplican, causando un estado morboso por lesión celular local, secreción de una toxina o al provocar una reacción Antígeno Anticuerpo en el huésped. 2 Enfermedad causada por la invasión del organismo por microorganismos patógenos.¹¹

MUERTE: (death) 1 Muerte Aparente: interrupción de la vida indicada por la ausencia de latido cardiaco o de respiración. 2 Muerte Legal: ausencia total de actividad en el cerebro y en el resto del sistema nervioso central, en el sistema circulatorio y respiratorio observada y declarada por un médico.⁵

PATOGENIA: patogénesis (pathogenesis) origen o causa de una enfermedad o trastorno.⁵

PERITONITIS: (peritonitis) inflamación del peritoneo, producida por bacterias o sustancias irritantes introducidas en la cavidad abdominal, a través de una herida penetrante o por la perforación de un órgano del aparato gastrointestinal o reproductor. La causa mas frecuente es la ruptura de la apéndice vermiforme, pero otras causas a tener en cuenta son las perforaciones de divertículos intestinales, úlceras pépticas, vesículas gangrenosas, obstrucciones gangrenosas del intestino delgado o hernias encarceladas.⁵

SEPSIS: (sepsis) infección. Contaminación.⁵

SEPTISEMIA: (septicemia) proliferación de bacterias en el torrente sanguíneo.¹¹

SHOCK: (shock) estado fisiológico anormal que constituye la primera fase de la reacción del organismo frente a una lesión traumática. Los signos clínicos mas frecuentes del shock son reducción del gasto cardiaco, insuficiencia circulatoria, taquicardia, hipotensión, inquietud, palidez y disminución de la diuresis. El shock es frecuente tras las lesiones tisulares intensas y puede ser primario, secundario, o hemorrágico.⁵

5. Diccionario de medicina; Océano Mosby, cuarta edición; versión en español, grupo editorial océano, Impreso en España.

11. Segal I, walker are (1982). «Diverticular disease in urban Africans in south Africa». *Digestión* 24 (1): 42–6. Pm id 6813167.

2.3. MARCO CONTEXTUAL:

El estudio se realizara en la ciudad San Juan de Pasto (Nariño), en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, en el área de Cirugía General.

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., es una Institución pública que funciona desde el 15 de diciembre de 1975, es clasificado como un organismo para atención de nivel III. A partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye como Empresa social del Estado por ordenanza 067 expedida en la Asamblea Departamental de Nariño, proyectándose con los avances de la Ciencia, la Tecnología y la Gerencia Moderna a la comunidad del Sur Occidente del País.

Enmarca su accionar actual, circunscrito al entorno del Sistema de la Seguridad Social en Salud, fortaleciendo su estructura organizacional y empresarial frente al reto de este milenio enfocado hacia el IV nivel de complejidad.

Actualmente presta servicios de salud de nivel III de complejidad, que por características hospitalarias humanos y de infraestructura, atiende a población de diversos estratos procedentes de zona rural y urbana que requiera la atención oportuna. El servicio de cirugía general cuenta con 40 camas disponibles, un quirófano que consta de 4 salas de cirugía y unidad de cuidados intensivos útil para la atención oportuna de los pacientes que lo requieran.

3. ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA 1.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS TOTAL DE LA POBLACION APENDICETOMIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

HISTORIAS CLINIVCAS	Frecuenci a	Porcentaje
INCLUIDAS	185	67.76%
EXCLUIDAS	88	32.23%
TOTAL	273	100%

Fuente: presente investigación

Según la distribución de frecuencias de un total de 273 historias, se excluyeron 88 historias clínicas, correspondiendo al 32.23% de la población total de estudio, quedando como población un total de 185.

TABLA 2.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS HISTORIAS CLINICAS EXCLUIDAS

HISTORIAS CLINICAS	Frecuenci a	Porcentaj e
NO APARECIO	10	11.36%
NO SE REALIZO CIRUGIA	3	3.4%
NO CORRESPONDE AL DIAGNOSTICO	9	10.22%
NO CORRESPONDE EDAD	66	75%
TOTAL	88	100%

Fuente: presente investigación

De la distribución de frecuencias, del total de historias excluidas, 66 de ellas estaban dentro de los criterios de exclusión por edad, correspondiendo al 75% del total de historias excluidas.

TABLA 3.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR EDAD EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

EDAD PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
20-25	68	36.8%
26-30	36	19.4%
31-35	32	17.3%
36-40	26	14.1%
41-45	13	7%
46-50	10	5.4%
TOTAL	185	100%

Fuente: presente investigación

Se encontró un promedio de 30.83, que indica el valor en el cual más se ubica la población, con una mediana de 29 en la cual el 50% de la distribución se encuentra por encima de este valor y el 50% se encuentra por debajo del mismo, un rango de 58 y una desviación estándar de 19.08.

De la distribución de frecuencias del total de pacientes apendicetomizados, el mayor porcentaje se ubica dentro del grupo etáreo entre 20 y 25 años, correspondiendo al 36.8% de la distribución.

En menor proporción se encontró el grupo etáreo entre 46 y 50 años, con 10 casos de pacientes apendicetomizados correspondiente al 5.4% del total de la distribución.

TABLA 4.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR GENERO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

GENERO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	66	35,7%
MASCULINO	119	64,3%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Del total de la distribución correspondiente al género de pacientes apendicetomizados, 66 pacientes fueron femeninos correspondiendo al 35.7% del total de la población y 119 de ellos fueron masculinos que corresponde al 64.3% del total de la población.

TABLA 5

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR PROCEDENCIA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	60	32,4%
URBANA	125	67,6%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Del total de la distribución, 60 pacientes eran provenientes del área rural con una proporción del 32.45 y 125 provenían del área rural con una proporción del 67.6%.

TABLA 6.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO PREQUIRURGICO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

ANTIBIOTICO PRE QUIRURGICO	Frecuencia	Porcentaje
SI	68	36,8%
NO	117	63,2%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Del total de la población de pacientes apendicetomizados, 68 recibieron antibiótico pre quirúrgico correspondiendo al 36.8% y 117 no recibieron antibiótico pre quirúrgico correspondiendo al 63.2%-

TABLA 7.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO POSQUIRURGICO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

ANTIBIOTICO POS QUIRURGICO	Frecuencia	Porcentaje
NO	13	7,0%
SI	172	93,0%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Del total de la distribución de pacientes apendicetomizados, 13 de ellos no recibieron antibiótico posquirúrgico equivalente al 7%, 172 pacientes si recibieron antibiótico pos quirúrgico con una proporción del 93%.

TABLA 8.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN ADMINISTRACION DE ANALGESIA PRE QUIRURGICA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

ANALGESIA PRE QUIRURGICA	Frecuencia	Porcentaje
NO	122	65,9%
SI	63	34,1%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Del total de los pacientes apendicetomizados, 122 no recibieron analgesia pre quirúrgica con una proporción del 65.9%, 63 pacientes si la recibieron correspondiendo al 34.1%.

TABLA 9.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA FASE DE LA APENDICE REGISTRADA EN LA NOTA OPERATORIA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

FASE APENDICE	Frecuencia	Porcentaje
EDEMATOSA	71	38,4%
FIBRINOPURULENTA	38	20,5%
GANGRENOSA	53	28,6%

PERFORADA	23	12,4%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Se encontró un promedio de 46,26, con una mediana de 45.5 en la cual es 50% de la distribución se encuentra por encima de este valor y el 50% se encuentra por debajo del mismo, un rango de 18 y una desviación estándar de 17,79.

De la distribución de los pacientes apendicetomizados se encontraron 71 casos en los cuales describen la nota operatoria en fase edematosa con el 38,4%, una fase fibrinopurulenta con 38 casos que corresponde al 20,5%, una fase gangrenosa con 53 casos y un 38,6% y una perforada con 23 casos correspondiente al 12.4% del total de casos.

TABLA 10.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

ATB AMBULATORIO	Frecuencia	Porcentaje
NO	9	4,9%
SI	28	15,1%
NO ESPECIFICA	148	80,0%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

De la distribución de pacientes apendicetomizados, 9 pacientes corresponden al 4.9% no recibió antibiótico ambulatorio; 28 pacientes si recibieron antibiótico, corresponde al 15.1% de la población y 148 pacientes que corresponden al 80% no menciona en la historia clínica si se formuló o no antibiótico.

TABLA 11.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

ESTANCIA HOSPITALARIA	Frecuencia	Porcentaje
1	38	20,5%
2	77	41,6%
3	40	21,6%
4	21	11,4%
5	5	2,7%
6	1	0,5%
7	2	1,1%
10	1	0,5%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Se encontró un promedio de 23,12 con una mediana de 13 en la cual el 50% de la distribución se encuentra por encima de este valor y el 50% se encuentra por debajo del mismo, un rango de 76 y una desviación estándar de 25.41.

Del total de la distribución de pacientes apendicetomizados 77 de ellos estuvieron 2 días hospitalizados luego de su cirugía, con una proporción del 41.6%, 4 pacientes se hospitalizaron entre 6 a 10 días con una proporción acumulada del 2.1%.

TABLA 12.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA COMPLICACION POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

COMPLICACION POS QX	Frecuencia	Porcentaje
EPI	1	0,5%
HEMATOMA PELVICO	1	0,5%
NEUMONIA	1	0,5%
ABSCESO RESIDUAL	5	2,7%
NO PRESENTO COMPLICACION	177	95,7%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Se encontró un promedio de 37, con una mediana de 1 en la cual el 50% de la distribución se encuentra por encima de este valor y el 50% se encuentra por debajo del mismo, un rango de 176 y un desviación estándar de 70.01.

De la distribución de pacientes apendicetomizados, 177 de ellos que corresponde a un 95,7% no se complicaron.

De los 185 pacientes estudiados, 8 de ellos se complicaron correspondiendo al 4.2% del total de la distribución.

TABLA 13.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ACUERDO A LOS DIAS TRANSCURRIDOS DE APENDICECTOMIA Y EL INICIO DE LA COMPLICACION POS QUIRURGICA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

DIAS APENDICECTOMIA E INICIO DE COMPLICACION	Frecuencia	Porcentaje
>10	2	1,1%
10	1	0,5%
2	1	0,5%
3	1	0,5%
4	1	0,5%
5	1	0,5%
7	1	0,5%
no se complico	177	95,7%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Se encontró un promedio de 23.12, con una mediana de 1 en la cual el 50% de la distribución se encuentra por encima de este valor y el 50% se encuentra por debajo dl mismo, un rango de 176 y una desviación estándar de 58.16.

De la distribución de pacientes apendicetomizados 177 no se complicaron, correspondiendo a un 95,7% del total de las frecuencias, 2 pacientes iniciaron la complicación mayor a diez días luego de la apendicetomía con una proporción de 1,1%, 6 pacientes iniciaron la complicación entre 2 a diez días con una proporción acumulada de 3% del total de pacientes.

TABLA 14.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN EL NUMERO DE DIAS HOSPITALIZADOS POR LA COMPLICACION DE PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

HOSPITALIZACION POS COMPLICACION	Frecuencia	Porcentaje
>10	1	0,5%
1	1	0,5%
10	1	0,5%
2	1	0,5%
3	2	1,1%
4	1	0,5%
7	1	0,5%
NO SE COMPLICO	177	95,7%
Total	185	100,0%

Fuente: presente investigación

Se encontró un promedio de 23.12 con una mediana de 1 en la cual el 50% de la población se encuentra por encima de este valor y el 50% se encuentra por debajo del mismo, un rango de 176 y una desviación estándar de 58,16.

De la distribución de pacientes apendicetomizados, 177 no se complicaron, correspondiendo a un 95.7% del total de las frecuencias, 2 pacientes se hospitalizaron 3 días por la complicación presentada correspondiendo a una proporción del 1-1% de la distribución. Se hospitalizaron por 1, 2, 3, 4, 7 días a un paciente respectivamente, con una proporción de 0, % cada una del total de la distribución.

TABLA 15.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE COMPLICACION POS QUIRURGICA vs. GENERO FEMENINO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

COMPLICACION POS QX	Frecuencia	Porcentaje
ABSCESO RESIDUAL	1	1,5%
EPI	1	1,5%
HEMATOMA PELVICO	1	1,5%
NEUMONIA	1	1,5%
NO PRESENTO COMPLICACION	62	93,9%
Total	66	100,0%

Fuente: presente investigación

Se encontró un promedio de 13.2 con una mediana de 1 en la cual el 50% de la distribución se encuentra por encima de este valor y el 50% se encuentra por debajo del mismo, un rango de 61 y una desviación estándar de 24,39.

De la distribución de pacientes apendicetomizados se hallan 66 mujeres, de ellas 62 no se complicaron, con un porcentaje de 93.9%, 4 de las mujeres presentaron complicaciones luego de la apendicetomía, 1 tuvo absceso residual con un porcentaje de 1.5%, EPI se manifestó en 1 paciente con un porcentaje de 1.5% y la última complicación fue neumonía que se dio en un paciente con porcentaje de 1.5%.

TABLA 16.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE COMPLICACION POS QUIRURGICA vs. GENERO MASCULINO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

COMPLICACION POS QX	Frecuencia	Porcentaje
ABSCESO RESIDUAL	4	3,4%
NO PRESENTO COMPLICACION	115	96,6%
Total	119	100,0%

Fuente: presente investigación

De la distribución de pacientes apendicetomizados se encontró 119 de ellos fueron hombres y que de estos 115 no se complicaron, con un porcentaje del 96.6%.

En la población masculina se encontró una única complicación que fue el el absceso residual con el 4.3% del total, teniendo que la razón de complicación de hombres sobre mujeres es de 1:1, es decir que por cada hombre que sufre una complicación, una mujer sufre de igual manera una complicación posquirúrgica.

TABLA 17.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN SUMINISTRO DE ANTIBIOTICO PRE QUIRURGICO vs. COMPLICACION POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

COMPLICACION POS QX					
ATB PRE QX	ABSCESO RESIDUAL	EPI	HEMATOMA PELVICO	NEUMONIA	TOTAL
NO	3	1	1	0	117
% Fila	2,6	0,9	0,9	0,0	100,0
% Columna	60,0	100,0	100,0	0,0	63,2
SI	2	0	0	1	68
% Fila	2,9	0,0	0,0	1,5	100,0
% Columna	40,0	0,0	0,0	100,0	36,8
TOTAL	5	1	1	1	185
% Fila	2,7	0,5	0,5	0,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: presente investigación

Con base a la distribución se determinó la relación entre la aparición de cada complicación con la administración o no de antibiótico antes de realizarse apendicetomía y se encontró que el 100% de los pacientes a quienes Si se les suministró antibiótico pre quirúrgico el 36.6% presentó complicaciones con 2 casos en total luego de la apendicetomía; del 100% de los pacientes a quienes No se les suministró antibiótico pre quirúrgico el 63.2% presentaron complicación con un total de 6 pacientes.

TABLA 18.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN SUMINISTRO DE ANTIBIOTICO POS QUIRURGICO vs. COMPLICACION POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

COMPLICACION POS QX					
ATB POS QX	ABSCESO RESIDUAL	EPI	HEMATOMA PELVICO	NEUMONIA	TOTAL
NO	0	1	0	0	13
% Fila	0,0	7,7	0,0	0,0	100,0
% Columna	0,0	100,0	0,0	0,0	7,0
SI	5	0	1	1	172
% Fila	2,9	0,0	0,6	0,6	100,0
% Columna	100,0	0,0	100,0	100,0	93,0
TOTAL	5	1	1	1	185
% Fila	2,7	0,5	0,5	0,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: presente investigación

Con base a la distribución se determinó la relación entre la aparición de cada complicación con la administración o no de antibiótico pos quirúrgico, se encontró que del 100% de los pacientes a quienes Si se les suministró antibiótico pre quirúrgico el 93% presentó complicación con 7 casos en total luego de apendicetomía, del 100% de los pacientes a quienes No se les suministró antibiótico pre quirúrgico, el 7% presentan complicaciones con 1 caso.

TABLA 19.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA FASE DE APENDICE vs. COMPLICACION POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

COMPLICACION POS QX					
FASE APENDICE	ABSCESO RESIDUAL	EPI	HEMATOMA PELVICO	NEUMONIA	TOTAL
EDEMATOSA	1	0	0	0	71
% Fila	1,4	0,0	0,0	0,0	100,0
% Columna	20,0	0,0	0,0	0,0	38,4
FIBRINOPURULENTA	1	0	1	0	38
% Fila	2,6	0,0	2,6	0,0	100,0
% Columna	20,0	0,0	100,0	0,0	20,5
GANGRENOSA	2	1	0	1	53
% Fila	3,8	1,9	0,0	1,9	100,0
% Columna	40,0	100,0	0,0	100,0	28,6
PERFORADA	1	0	0	0	23
% Fila	4,3	0,0	0,0	0,0	100,0
% Columna	20,0	0,0	0,0	0,0	12,4
TOTAL	5	1	1	1	185
% Fila	2,7	0,5	0,5	0,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: presente investigación

Con base a la distribución se determinó la relación entre la fase de apendicitis en la nota operatoria y la complicación luego de la apendicetomía y se encontró que de los 8 pacientes complicados, 1 tuvo absceso en fase edematosa, 1 en fase fibrinopurulenta, 1 en fase perforada, 1 tuvo EPI en fase gangrenosa, 1 tuvo Hematoma pélvico en fase fibrinopurulenta y 1 Neumonía en fase gangrenosa.

4. DISCUSIÓN

Los resultados analizados, nos demuestran que la mayor parte de la población que se somete a apendicetomía es el género masculino, siendo también la población que más presenta una complicación posquirúrgica, pero no se puede inferir que se deba definitivamente a la administración de antibióticos o analgesia antes y después de realizarse el procedimiento quirúrgico. El estado inmunológico juega un papel importante en la respuesta sistémica contra una injuria en el organismo.

Es importante tener en cuenta también los resultados que arrojan a la investigación las diferentes variables, como la fase en que se encontró el apéndice en el momento de la cirugía, siendo la edematosa la más común entre la presentación durante al acto quirúrgico, la estancia hospitalaria que el paciente permaneció luego de la cirugía, en los cuales se demuestra que algunas características pueden influir en la aparición de una complicación posquirúrgica.

Aunque es importante poder estudiar variables mas profundas, en cuanto al tiempo de cirugía se refiere, la técnica quirúrgica, la masa corporal del paciente, para poder identificar una causa mas de presentación de una complicación luego de un acto quirúrgico.

5. CONCLUSIONES

Existen múltiples factores que constituyen causa para la complicación de una apendicitis aguda luego de su apendicetomía en los pacientes de 20 a 50 años atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Departamental de Nariño dentro de ellos tenemos:

De las 185 historias clínicas que son el universo total del presente estudio podemos establecer que el mayor porcentaje de pacientes se ubica dentro del grupo etéreo que corresponde a las edades comprendidas entre 20 y 25 años correspondiente a 36.8%.

El tiempo de evolución ha sido demostrado como factor influyente en la presentación de complicaciones post - apendicetomía. Debido a que la enfermedad sigue su curso natural por etapas, como se ha descrito, hasta llegar a la perforación, teniendo que en nuestros pacientes el 61.5% están dentro de las fases de mayor riesgo, siendo más frecuente la fase gangrenosa con un 28.6% y por consiguiente esta es la que más se relaciona con la aparición de complicaciones pos quirúrgicas con un 40.0%.

Del todos los pacientes estudiados la mayoría que recibieron apendicetomía como tratamiento corresponde al sexo masculino con un porcentaje de 64.3%, lo que nos hace pensar que por consiguiente las complicaciones posquirúrgicas se presentaron más en ellos con un 3.4%, de un total de 5.4%.

Con respecto al número total de las mujeres solo el 6% presentaron complicación luego de la apendicetomía, y por consiguiente registran el 2% del total de las complicaciones posquirúrgicas.

A esto se le suma otros factores como el suministro de antibiótico antes de la apendicetomía, de lo cual se encontró que la mayoría de los pacientes NO recibieron antibiótico pre quirúrgico, equivaliendo esto al 63.2%, pero que el 93.0% SI recibieron antibiótico después de la intervención quirúrgica, es decir se complicaron mas quienes no recibieron antibiótico antes de la apendicetomía.

Otro factor relacionado es el suministro de analgesia pre quirúrgica ante la cual, la mayoría de los pacientes NO la recibieron (65.9%), lo cual es considerado dentro

de un rango medial que hace pensar que su suministro no enmascara en cuadro clínico y que si se podría dar antes de la apendicetomía.

Igualmente se estableció que el mayor porcentaje de los pacientes tienen procedencia de la ciudad de Pasto con el 61.1% y el resto pertenecen a pueblos aledaños.

De acuerdo a la estancia hospitalaria después de haberse realizado apendicetomía hallamos que del total de los pacientes la mayoría estuvo hospitalizado por 2 días con un porcentaje de 41.6%.

Un punto considerado de gran importancia es el hecho de no especificar en la historia clínica si se le dio a los pacientes antibiótico ambulatorio, ya que en la mayoría de los reportes (80%) solo se indicaba salida con fórmula médica.

También tenemos que del 100% de los casos estudiados, el 95.7% no presento complicación pos – quirúrgica y el 4.3% restante si la presento, dentro de las cuales, la más frecuente es el absceso residual con 2.7%.

Las complicaciones postoperatorias aumentaron la estadía hospitalaria, teniendo que de todas las complicaciones presentadas, 1 paciente estuvo hospitalizado por más de 10 días.

Finalmente la complicación que más demoró en presentarse fue después de 10 días luego de haberse realizado la apendicetomía con el 1.1%.

6. RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones acerca de cada complicación presentada en los pacientes, no solo apendicetomizados, sino también de todos los pacientes pos quirúrgico en las diversas áreas.

Dar iniciativas para investigar, no solo a los estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín, sino a todos los profesionales que se destacan en el campo de la salud.

Realizar una investigación con una población más amplia, buscando la causa de las complicaciones posquirúrgicas y estudiar los factores asociados en las mismas.

Mejorar la calidad de las epicrisis de cada uno de los pacientes, especificando las indicaciones ambulatorias, los cuidados y tratamientos formulados.

Considerar la posibilidad de brindar a los pacientes antibióticos antes de la apendicetomía, ya que del total de los casos complicados, a la mayoría se les suministro antibiótico luego de la cirugía y no antes, con el fin de determinar si tiene validez o no.

A pesar de que las complicaciones pos apendicetomía se presentaron en un porcentaje bajo, se considera necesario estudiar la razón por la cual se presenta con mayor frecuencia el absceso residual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnbjörnsson e (1982). «acute appendicitis as a sign of a colorectal carcinoma». *J surg oncol* 20 (1): 17–20. Pmid 7078180.
2. Baeza Herrea C, jaimes G, Villalobos Ayala D, Velasco Soria L. Manejo de las infecciones postoperatorias en las apendicectomías. *Rev Cir* 2003; 71(1): 31.
3. Brunicardi, f. (2006). *Schartz: principios de cirugía* «capítulo 29: el apéndice», 8^{va} edición, mcgraw-hill. Isbn 9789701053737.
4. Burkitt dp (1971). «the aetiology of appendicitis». *Br j surg* 58 (9): 695–9. Pmid 4937032.
5. Diccionario de medicina; Océano Mosby, cuarta edición; versión en español, grupo editorial océano, Impreso en España.
6. Fitz rh (1886). «perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment». *Am j med sci* (92): 321–46.
7. Guía De Manejo, Area Responsable: Servicio De Quirurgicas, Cirugia General Codigo E.S.E.Hospital San Rafael Fusagasuga, Apendicitis Aguda, 04h-Qx001
8. Harrison principios de medicina interna 16a edición (2006). *Capítulo 281. Apendicitis y peritonitis agudas* (en español). *Harrison online en español*. McGraw-hill. Consultado el 14 de septiembre, 2008.
9. Manual merck de información médica para el hogar (2005-2008). *Capitulo 112: urgencias gastrointestinales* (en español). *Sección 9: trastornos gastrointestinales*. Consultado el 16 de septiembre, 2008.

10. Revista chilena de cirugía, issn 0718-4026 *versión on-line*, rev chil cir v.58 n.3 santiago jun. 2006. Detección precoz de infección de herida operatoria en pacientes apendicectomizados* early detection of wound infection after appendectomy. Drs. *Claudio tapia*¹, *richard castillo*², *oscar ramos*¹, *josé morales*¹, *ricardo blacud*¹, *ricardo vega*¹, *francisco silva*¹

11. Segal i, walker ar (1982). «diverticular disease in urban africans in south africa». *Digestion* 24 (1): 42–6. Pmid 6813167.

12. Wangenstein oh, bowers wf (1937). «significance of the obstructive factor in the genesis of acute appendicitis». *Arch surg* 34: 496-526.

NETGRAFIA

1. Cabala Chiang J, Olazábal Peraltillo R. Infección de herida operatoria en apendicitis aguda. Hospital Nacional del Sur. Arequipa. 1995. URL disponible en: <http://www.ucsm.edu.pe/ciemucsm/pages/tq-ih.htm>
2. MedlinePlus (abril 2008). *Apendicitis* (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 16 de septiembre, 2008.
3. Ramírez Campo P, Rivas Cabral C, Scharf Rodríguez C, González Pimentel J, Otero Cruz H. Complicaciones postapendicectomía. *Acta Médica Dominicana* [en línea] 2000 [fecha de acceso 25 de marzo del 2004]; 20(5).URL disponible en: <http://www.bvs.org.do/apendicitis.htm>.
4. Yardeni D, Hirschl RB, Drongowski RA, Teitelbaum DH, Geiger JD, Coran AG (2004). «Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: do we need to operate during the night?». *J. Pediatr. Surg.* 39 (3): 464–9; discussion 464–9. DOI:10.1016/j.jpedsurg.2003.11.020. PMID 15017571.

ANEXOS

ANEXO A:



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: _____

Número: _____

OBJETIVO: Obtener datos de primera mano a partir de la Historia Clínica registrada y almacenada en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, para determinar la frecuencia en la que se presentan las complicaciones post – apendicetomía en el servicio de cirugía general del mismo hospital. La información encontrada será utilizada solo con fines estadísticos.

I. HISTORIA CLINICA No. _____		II. EDAD PACIENTE: _____ años	
III. GENERO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO		IV. ZONA DE PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANA	
V. DIAGNOSTICO PRE QUIRÚRGICO: _____			
VI. RECIBIO ANTIBIOTICO INTRAHOSPITALARIO			
PRE QUIRURGICO QUIRURGICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	POS QUIRURGICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	VII. RECIBIO ANALGESIA PRE QUIRURGICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
VIII. DESCRIPCION HALLAZGOS APENDICE (FASE):			
NOTA QUIRURGICA <input type="checkbox"/> INFLAMATORIA <input type="checkbox"/> FIBRINOPURULENTO <input type="checkbox"/> GANGRENOSA <input type="checkbox"/> PERFORADA		INFORME PATOLOGIA <input type="checkbox"/> EDEMATOSA <input type="checkbox"/> FIBRINOPURULENTO <input type="checkbox"/> GANGRENOSA <input type="checkbox"/> PERFORADA <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
IX. ESTANCIA HOSPITALARIA _____ DIAS POS APENDICECTOMIA			
X. RECIBIO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO ESPECÍFICA			
XI. COMPLICACIÓN POST QUIRÚRGICA PRESENTADA			
<input type="checkbox"/> ABSCESO RESIDUAL <input type="checkbox"/> INFECCIÓN DE HERIDA <input type="checkbox"/> EVENTRACIÓN <input type="checkbox"/> OCLUSIÓN INTESTINAL		<input type="checkbox"/> FÍSTULA ENTERO CUTÁNEA <input type="checkbox"/> SHOCK <input type="checkbox"/> MUERTE <input type="checkbox"/> OTRA: _____	
XII. DIAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA REALIZACION DE APENDICECTOMIA Y EL INICIO DE LA COMPLICACION			
<input type="checkbox"/> 1 DIA <input type="checkbox"/> 2 DIAS <input type="checkbox"/> 3 DIAS	<input type="checkbox"/> 4 DIAS <input type="checkbox"/> 5 DIAS <input type="checkbox"/> 6 DIAS	<input type="checkbox"/> 7 DIAS <input type="checkbox"/> 8 DIAS <input type="checkbox"/> 9 DIAS	<input type="checkbox"/> 10 DIAS <input type="checkbox"/> >10 DIAS
XIII. NÚMERO DE DIAS DE HOSPITALIZACION POR COMPLICACION: _____			

Grupo X semestre: Maria Fernanda Eraso Benavides y Jane Korinne Guevara Manchola.

ANEXO B:

PLAN OPERATIVO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	RECURSOS
Selección del tema y revisión bibliográfica	Investigadores	6 semanas	Recurso humano, internet, computador, impresión de artículos
Elaboración de proyecto	Investigadores	6 semanas	Recurso humano, internet, computador.
Corrección de proyecto	Investigadores	1 mes	Computador, recurso humano
Recolección de datos	Investigadores	3 semanas	Instrumento de recolección, lapiceros, corrector, fotocopias, computador.
Análisis de datos	Investigadores	3 semanas	Recursos humanos, instrumento de recolección, computador, programa de EPI- Info
Presentación de resultados	Investigadores	1 semana	Recursos humanos

Fuente: Esta investigación.

ANEXO C: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Selección del tema y revisión bibliográfica	■	■	■	■			
Elaboración de proyecto		■	■	■			
Corrección de proyecto				■	■		
Recolección de datos					■	■	
Análisis de datos						■	■
Presentación de resultados							■

Fuente: Esta investigación.

ANEXO D:**PRESUPUESTO**

SUMINISTROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Recurso humano (asesoria)	1	50.000	50.000
Lápices	4	1.000	4.000
Lapiceros	4	1.000	4.000
Resma de Papel	2	11.000	22.000
CD regrabables	2	3.500	7.000
Memoria 1 GB	1	180.000	180.000
Computador	50 HORAS	1.500	75.000
Transporte	40 BUSES	950	38.000
Tajalápiz	2	500	1.000
Borradores	4	500	2.000
Recarga Toner	2	10.000	20.000
Resaltadotes	4	1.000	4.000
Correctores	2	3.000	6.000
Libretas	2	2.000	4.000
Llamada a Celular	150 minutos	200	30.000
Refrigerios	30	2.000	60.000
Total			507.000

Fuente: Esta investigación.

ANEXO E: INFORME ESTADISTICO DE APENDICITIS AGUDA AÑO 2007 – 2008

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E. APENDICITIS AGUDA AÑO 2007 – 2008

CIE-

10	DIAGNOSTICO	TIPO	HISTORIA	DT	FECHA EGR.	EDAD	SEXO	ESTADO	DEPTO	MUNICIPIO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	364700	00	27/09/2007	26	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	205101	01	11/12/2007	45	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	181001	01	13/12/2007	38	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	363501	01	09/09/2007	19	M	Mejor	NARINO	EL TABLON
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	366701	01	07/11/2007	18	M	Mejor	NARINO	SANDONA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	68701	01	30/08/2008	33	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	376902	02	12/06/2008	34	M	Mejor	NARINO	RICAUARTE
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	332403	03	20/02/2008	19	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	364203	03	06/01/2008	49	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	369703	03	03/01/2008	27	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	383503	03	28/10/2008	57	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	355304	04	29/04/2007	35	F	Mejor	PUTUMAYO	LA HORMIGA (VALLE DEL GUAMUEZ)
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	202304	04	06/03/2008	26	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	281104	04	10/12/2008	30	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	376905	05	10/06/2008	28	M	Mejor	NARINO	CUMBITARA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	367505	05	24/11/2007	44	F	Mejor	NARINO	POLICARPA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	350505	05	29/01/2007	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	251505	05	16/12/2007	30	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	375705	05	01/06/2007	20	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	370905	05	09/03/2008	23	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	361905	05	08/08/2007	35	M	Mejor	NARINO	EL PEÑOL
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	362005	05	29/03/2008	21	M	Mejor	NARINO	ANCUYA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372905	05	25/03/2008	18	M	Mejor	NARINO	ANCUYA

K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	358106	06	04/06/2007	32	F	Mejor	NARINO	LEIVA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359706	06	02/07/2007	23	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372706	06	21/03/2008	21	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	241606	06	03/07/2008	54	M	Mejor	NARINO	LINARES
K351	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	Principal	360107	07	13/07/2007	40	F	Mejor	NARINO	EL PEÑOL
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	358707	07	28/10/2007	18	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	179307	07	09/06/2007	56	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	372008	08	08/03/2008	19	M	Mejor	NARINO	LINARES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	308208	08	23/08/2007	18	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	280309	09	06/06/2008	27	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	378509	09	12/07/2008	26	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	351409	09	15/02/2007	27	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372310	10	11/03/2008	65	F	Mejor	NARINO	LEIVA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	273910	10	03/05/2008	26	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	369911	11	15/01/2008	66	M	Mejor	NARINO	LEIVA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	277711	11	07/07/2007	33	M	Mejor	NARINO	LA FLORIDA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	351711	11	26/02/2007	44	F	Mejor	NARINO	BARBACOAS
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	363113	13	03/09/2007	46	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	355913	13	10/05/2007	15	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	376513	13	27/05/2008	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	383713	13	31/10/2008	18	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	385913	13	17/12/2008	25	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	282014	14	20/01/2007	27	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	310914	14	24/11/2008	25	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	365114	14	09/10/2007	73	M	Mejor	NARINO	LOS ANDES (SOTOMAYOR)
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	375715	15	17/05/2008	31	F	Mejor	NARINO	SANDONA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	360315	15	14/07/2007	21	F	Mejor	NARINO	FUNES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	194715	15	19/06/2008	30	F	Mejor	NARINO	ALBAN (SAN JOSE)
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	375716	16	12/05/2008	34	M	Mejor	NARINO	CHACHAGUI
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	362916	16	26/08/2007	24	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	306116	16	24/11/2007	41	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	350716	16	02/02/2007	19	F	Mejor	NARINO	LA LLANADA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	182316	16	15/01/2007	31	F	Mejor	NARINO	SAN PEDRO DE CARTAGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	267416	16	22/08/2008	23	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	382517	17	05/10/2008	19	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	344217	17	23/07/2007	25	F	Mejor	NARINO	CHACHAGUI
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	380918	18	08/09/2008	49	M	Muerto >48h	NARINO	POLICARPA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	50918	18	28/05/2008	36	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	353718	18	03/04/2007	32	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	256518	18	03/11/2008	39	M	Mejor	NARINO	EL TABLON
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	252118	18	10/08/2008	25	M	Mejor	NARINO	SAN BERNARDO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	174619	19	17/01/2007	23	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	334519	19	13/07/2007	51	M	Mejor	NARINO	BUESACO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	373119	19	31/03/2008	18	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	386719	19	28/12/2008	23	M	Mejor	NARINO	EL TABLON
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	353719	19	03/04/2007	59	M	Mejor	NARINO	LEIVA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	354720	20	17/04/2007	20	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372020	20	03/03/2008	29	M	Mejor	NARINO	BARBACOAS
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	258021	21	03/12/2007	29	F	Mejor	NARINO	BUESACO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	172721	21	27/08/2008	70	M	Mejor	NARINO	CUMBAL
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	205022	22	14/09/2007	38	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	373322	22	05/04/2008	57	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	358122	22	15/06/2007	20	M	Mejor	NARINO	LA CRUZ
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	89622	22	04/11/2008	58	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	353522	22	01/04/2007	64	M	Mejor	NARINO	EL ROSARIO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	304122	22	31/10/2007	19	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	358123	23	04/06/2007	20	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	375723	23	10/05/2008	92	F	Mejor	NARINO	CORDOBA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	277623	23	04/11/2008	47	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	315924	24	10/08/2007	38	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO

K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	359124	24	08/09/2007	32	M	Mejor	NARINO	SAMANIEGO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Relacionado 1	349324	24	05/01/2007	41	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	352424	24	08/10/2008	42	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	378524	24	12/07/2008	21	M	Mejor	NARINO	LA FLORIDA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	360125	25	14/07/2007	32	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	380725	25	30/08/2008	39	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	196125	25	01/07/2008	64	M	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	192625	25	06/07/2007	21	F	Mejor	NARINO	SAN LORENZO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	368926	26	19/12/2007	55	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	349426	26	11/07/2007	40	F	Mejor	NARINO	SAMANIEGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	375926	26	14/05/2008	31	F	Mejor	PUTUMAYO	SAN FRANCISCO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	363526	26	15/09/2008	33	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	231227	27	20/03/2007	26	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	360327	27	14/07/2007	17	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	60027	27	29/12/2008	42	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	363927	27	17/09/2007	22	M	Mejor	NARINO	SANDONA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	376727	27	11/07/2008	19	F	Mejor	NARINO	SANDONA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	349529	29	09/01/2007	24	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	358129	29	01/06/2007	30	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	3029	29	30/11/2007	54	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	360129	29	14/11/2008	20	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	370329	29	15/01/2008	20	M	Mejor	NARINO	LEIVA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	361530	30	06/08/2007	17	F	Mejor	NARINO	BUESACO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	368330	30	07/12/2007	21	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359530	30	29/06/2007	39	M	Mejor	NARINO	FUNES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	381931	31	22/09/2008	18	M	Mejor	NARINO	BARBACOAS
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	367931	31	30/11/2007	22	M	Mejor	NARINO	SAN BERNARDO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	380532	32	24/08/2008	40	F	Mejor	NARINO	SANDONA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	359333	33	25/06/2007	35	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	350933	33	15/02/2007	19	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	167033	33	30/05/2007	36	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	372334	34	22/03/2008	71	M	Mejor	NARINO	EL ROSARIO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	61234	34	17/02/2007	23	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	385534	34	09/12/2008	39	M	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	383934	34	04/11/2008	19	F	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	358135	35	01/06/2007	18	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372035	35	06/03/2008	21	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	108835	35	20/02/2007	38	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	368735	35	14/10/2008	35	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	362536	36	21/08/2007	50	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	366536	36	18/11/2007	16	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K351	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	Principal	83036	36	27/10/2008	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	363736	36	14/09/2007	37	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	380336	36	21/08/2008	33	M	Mejor	NARINO	CONSACA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	384336	36	15/11/2008	32	M	Mejor	NARINO	LOS ANDES (SOTOMAYOR)
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	385137	37	01/12/2008	17	M	Mejor	NARINO	LINARES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	181437	37	16/11/2008	51	F	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	267437	37	29/11/2007	28	F	Mejor	NARINO	YACUANQUER
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	7638	38	28/09/2008	32	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	330938	38	11/04/2007	22	F	Mejor	NARINO	SANDONA
K351	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	Relacionado 1	359740	40	03/07/2007	39	F	Mejor	NARINO	CONSACA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	184340	40	11/04/2007	33	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359740	40	03/07/2007	39	F	Mejor	NARINO	CONSACA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	385740	40	13/12/2008	27	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Relacionado 1	352140	40	15/03/2007	57	F	Mejor	NARINO	SANDONA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	382141	41	27/09/2008	34	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	382541	41	05/10/2008	33	M	Mejor	NARINO	FUNES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	368541	41	12/12/2007	24	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	199741	41	14/06/2008	36	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	378541	41	14/07/2008	11	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	379741	41	07/08/2008	41	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	141141	41	29/12/2008	61	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	363142	42	05/09/2007	77	M	Muerto >48h	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	290142	42	12/01/2008	25	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	379742	42	08/08/2008	32	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	358842	42	29/08/2008	77	M	Mejor	NARINO	RICAUORTE
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	371343	43	14/02/2008	53	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	375543	43	21/10/2008	19	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	373943	43	17/04/2008	19	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	348943	43	01/01/2007	35	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	367143	43	17/11/2007	21	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	77743	43	05/07/2007	67	M	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	203543	43	30/04/2008	58	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	362544	44	21/08/2007	27	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	270844	44	12/05/2007	35	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	354945	45	22/04/2007	54	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	376645	45	31/05/2008	21	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	87045	45	17/03/2008	46	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372345	45	14/03/2008	33	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	384145	45	10/11/2008	20	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	339245	45	20/11/2008	33	M	Mejor	NARINO	ILES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	88445	45	01/04/2007	59	F	Mejor	NARINO	SANTA CRUZ (GUACHAVES)
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	350546	46	25/01/2007	20	F	Muerto <48h	NARINO	EL TABLON
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	363546	46	08/09/2007	37	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	375746	46	11/05/2008	31	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	364946	46	06/10/2007	35	M	Mejor	NARINO	EL ROSARIO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	349147	47	07/01/2007	16	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	363147	47	31/08/2007	31	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	384147	47	10/11/2008	37	F	Mejor	NARINO	EL TABLON
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	355347	47	30/09/2007	24	M	Mejor	NARINO	EL TABLON

K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	362548	48	21/08/2007	24	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	366348	48	03/11/2007	41	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	352948	48	22/03/2007	26	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	167048	48	20/01/2008	54	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	380748	48	30/08/2008	71	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	377948	48	02/07/2008	36	M	Mejor	NARINO	BUESACO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	244648	48	04/12/2008	32	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	316249	49	10/01/2007	21	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	275149	49	25/11/2007	23	M	Mejor	NARINO	SANDONA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	370850	50	02/02/2008	39	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	121550	50	21/06/2008	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	350650	50	01/02/2007	20	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	362150	50	14/08/2007	20	M	Mejor	NARINO	LEIVA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	320051	51	14/11/2008	23	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	365952	52	24/10/2007	48	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	368752	52	19/12/2007	54	M	Mejor	NARINO	CONSACA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	379952	52	14/08/2008	17	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	262153	53	08/06/2008	42	M	Mejor	NARINO	ALBAN (SAN JOSE)
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	373153	53	10/04/2008	21	M	Mejor	NARINO	GUAITARILLA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	204853	53	05/05/2007	18	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	204853	53	05/05/2007	18	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	380753	53	30/08/2008	27	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	371153	53	09/02/2008	36	M	Mejor	NARINO	LOS ANDES (SOTOMAYOR)
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	307653	53	26/05/2008	68	F	Mejor	NARINO	NARIÑO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	345154	54	22/09/2008	17	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	260054	54	12/03/2007	50	F	Mejor	NARINO	EL TABLON
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	376554	54	28/05/2008	43	F	Mejor	NARINO	TANGUA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	371155	55	14/02/2008	25	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	373755	55	15/04/2008	39	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	304855	55	22/02/2007	35	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	104755	55	05/08/2008	21	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	369155	55	26/12/2007	49	M	Mejor	NARINO	IMUES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	356555	55	13/06/2008	31	M	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	356356	56	18/05/2007	27	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	350756	56	04/02/2007	16	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	363756	56	15/09/2007	28	M	Mejor	NARINO	LINARES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	369156	56	24/12/2007	18	M	Mejor	NARINO	TANGUA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359157	57	20/06/2007	20	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	376657	57	02/06/2008	23	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	9657	57	21/02/2008	82	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	382757	57	10/10/2008	21	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	383757	57	31/10/2008	19	M	Mejor	NARINO	CONSACA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	381557	57	15/09/2008	28	F	Mejor	NARINO	EL TAMBO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	357758	58	01/10/2007	17	M	Mejor	NARINO	ALBAN (SAN JOSE)
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	351558	58	22/02/2007	17	F	Mejor	NARINO	TANGUA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359758	58	03/07/2007	51	M	Mejor	CAUCA	MIRANDA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	380058	58	09/12/2008	23	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	373358	58	04/04/2008	32	M	Mejor	NARINO	BARBACOAS
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	324458	58	17/08/2008	30	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	367759	59	28/11/2007	29	M	Mejor	NARINO	TANGUA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	359960	60	09/07/2007	22	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	367360	60	21/11/2007	18	M	Mejor	NARINO	LINARES
K351	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	Relacionado 1	359960	60	09/07/2007	22	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	358760	60	13/06/2007	40	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	51760	60	08/05/2007	50	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	100360	60	31/10/2007	36	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K351	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	Principal	374761	61	10/09/2008	4	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	362361	61	18/08/2007	23	M	Mejor	NARINO	POLICARPA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	378161	61	06/07/2008	32	M	Mejor	NARINO	TUMACO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	362161	61	14/08/2007	16	M	Mejor	VALLE	CALI (SANTIAGO DE CALI)

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	354362	62	12/04/2007	32	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	113062	62	02/10/2008	36	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	232362	62	25/05/2008	22	F	Mejor	NARINO	YACUANQUER
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	384962	62	28/11/2008	26	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	383963	63	06/11/2008	56	M	Mejor	NARINO	CONSACA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359563	63	29/06/2007	26	F	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	371363	63	13/02/2008	69	F	Mejor	NARINO	YACUANQUER
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	360963	63	23/07/2007	23	M	Mejor	NARINO	TUQUERRES
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	380564	64	30/08/2008	26	M	Mejor	NARINO	BARBACOAS
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	343164	64	21/05/2007	29	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372364	64	12/03/2008	36	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	386365	65	30/12/2008	15	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	373365	65	07/04/2008	30	F	Mejor	NARINO	EL ROSARIO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	353565	65	01/04/2007	23	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	370765	65	25/01/2008	26	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	72065	65	29/08/2008	31	M	Mejor	NARINO	SAN BERNARDO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	332365	65	12/01/2007	26	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	124766	66	15/10/2007	22	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	215667	67	21/10/2007	48	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	381967	67	25/09/2008	20	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372567	67	19/03/2008	48	F	Mejor	NARINO	CONSACA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	364167	67	22/09/2007	28	M	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Relacionado 1	379767	67	09/08/2008	18	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	350168	68	24/01/2007	38	M	Mejor	PUTUMAYO	PUERTO ASIS
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	376368	68	26/05/2008	36	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	53568	68	24/11/2007	38	M	Mejor	NARINO	CHACHAGUI
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	285768	68	18/09/2008	31	F	Mejor	NARINO	SANDONA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	157469	69	25/03/2007	24	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	351169	69	12/02/2007	18	F	Mejor	NARINO	NARIÑO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	379769	69	08/08/2008	23	M	Mejor	VALLE	BUGA

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	238770	70	24/10/2007	34	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	350770	70	04/02/2007	20	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	384371	71	06/12/2008	23	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	360371	71	14/07/2007	31	M	Mejor	NARINO	SAMANIEGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Relacionado 1	328872	72	22/11/2008	21	F	Mejor	NARINO	SAMANIEGO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	287173	73	10/02/2007	49	M	Mejor	NARINO	POLICARPA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	362374	74	18/08/2007	33	F	Mejor	NARINO	SANDONA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	381174	74	08/09/2008	22	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	363174	74	02/09/2007	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	369974	74	08/01/2008	28	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	350774	74	05/02/2007	32	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	368375	75	10/12/2007	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	265975	75	29/06/2007	29	F	Mejor	NARINO	BUESACO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	73175	75	09/12/2008	45	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	362776	76	28/08/2007	42	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	121876	76	23/11/2007	36	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	356376	76	20/05/2007	27	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372376	76	14/03/2008	28	M	Mejor	NARINO	EL TABLON
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	350576	76	01/03/2007	37	F	Mejor	NARINO	BARBACOAS
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	373976	76	17/04/2008	17	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	85877	77	30/05/2008	40	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	351177	77	12/02/2007	80	F	Mejor	NARINO	LA FLORIDA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	374578	78	04/05/2008	23	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	385178	78	04/12/2008	26	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	376579	79	17/09/2008	24	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	353779	79	06/04/2007	44	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	371380	80	16/02/2008	20	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	370880	80	13/02/2008	82	M	Mejor	NARINO	CUMBITARA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	82981	81	21/11/2007	24	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	369981	81	07/01/2008	30	M	Mejor	NARINO	ANCUYA

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	290881	81	11/08/2008	43	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	365981	81	30/10/2007	18	F	Mejor	HUILA	PITALITO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	350382	82	29/04/2007	35	M	Mejor	NARINO	TAMINANGO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	379382	82	01/08/2008	33	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	354183	83	08/04/2007	20	M	Mejor	NARINO	SAN PABLO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	377384	84	18/06/2008	44	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	372784	84	24/03/2008	39	F	Mejor	NARINO	BUESACO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	382784	84	12/10/2008	20	M	Mejor	NARINO	POLICARPA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	380584	84	29/08/2008	22	M	Mejor	SUCRE	SUCRE
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	362385	85	19/08/2007	21	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359585	85	29/06/2007	24	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	377785	85	30/06/2008	69	F	Mejor	NARINO	SAN LORENZO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	381385	85	11/09/2008	21	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K351	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	Principal	367186	86	03/12/2007	60	F	Muerto >48h	NARINO	TAMINANGO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	287186	86	27/09/2007	41	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	384786	86	26/11/2008	19	M	Mejor	CAUCA	TIMBIO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359186	86	22/07/2008	32	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	371087	87	07/02/2008	36	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	362187	87	17/08/2007	18	M	Mejor	VALLE	BUGA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	332887	87	15/08/2007	71	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	379187	87	29/07/2008	73	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	177887	87	21/03/2007	32	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	8887	87	08/01/2008	48	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	136387	87	05/04/2008	53	M	Mejor	NARINO	MALLAMA (PIEDRANCHA)
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	358788	88	14/06/2007	26	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	364388	88	20/10/2007	25	M	Mejor	NARINO	SANDONA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	384388	88	15/11/2008	23	F	Mejor	NARINO	PROVIDENCIA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	105189	89	05/04/2008	69	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	370989	89	02/02/2008	35	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	366689	89	03/12/2007	24	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	365989	89	25/10/2007	25	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	360990	90	21/07/2007	30	F	Igual o peor	NARINO	YACUANQUER
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	354790	90	20/04/2007	37	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	236790	90	14/08/2007	28	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	196690	90	13/12/2007	45	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	373390	90	05/04/2008	74	F	Mejor	NARINO	BUESACO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	352690	90	25/04/2007	41	M	Mejor	NARINO	EL TAMBO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	50092	92	25/02/2008	37	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	383793	93	13/11/2008	44	F	Mejor	NARINO	SAN PABLO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	299393	93	11/04/2007	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	352093	93	23/03/2007	25	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	189993	93	14/05/2007	43	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	235493	93	24/10/2007	19	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	116094	94	31/10/2007	58	F	Muerto <48h	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	382994	94	19/10/2008	19	M	Mejor	NARINO	IMUES
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	253294	94	16/03/2007	32	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	268794	94	27/06/2008	21	F	Mejor	NARINO	EL PEÑOL
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	373195	95	24/04/2008	23	M	Muerto >48h	NARINO	EL TABLON
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	298395	95	18/06/2008	31	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	356595	95	29/11/2008	26	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	213796	96	23/04/2008	24	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	366996	96	14/11/2007	39	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	380596	96	30/08/2008	22	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	381796	96	19/09/2008	50	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	384596	96	22/11/2008	17	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	365196	96	11/10/2007	34	M	Mejor	NARINO	ARBOLEDA (BERRUECOS)
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	369597	97	05/01/2008	18	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	359597	97	30/06/2007	42	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	352997	97	22/03/2007	20	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	382197	97	29/09/2008	22	M	Mejor	NARINO	BUESACO

K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	320098	98	24/07/2008	26	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K351	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	Principal	360398	98	16/07/2007	30	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	196698	98	06/06/2007	71	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	373798	98	13/04/2008	24	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	367798	98	30/11/2007	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	340598	98	14/04/2008	59	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	360998	98	23/07/2007	35	M	Mejor	NARINO	POLICARPA
K350	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	Principal	363199	99	04/09/2007	34	M	Mejor	NARINO	GUACHUCAL
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	354399	99	12/04/2007	28	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	364999	99	24/05/2008	20	M	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	377599	99	23/06/2008	50	M	Mejor	NARINO	LINARES
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	344099	99	22/04/2007	75	F	Mejor	NARINO	LA FLORIDA
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	278599	99	06/09/2008	42	F	Mejor	NARINO	SAN JUAN DE PASTO
K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Principal	376399	99	26/05/2008	32	F	Mejor	NARINO	SAN LORENZO

ANEXO F: ARTÍCULO CIENTÍFICO

Complicaciones post- apendicetomía en pacientes entre 20 y 50 años, servicio de cirugía general, hospital universitario departamental de Nariño, San Juan de pasto, 2007 – 2008.

ERASO MARIA FERNANDA MDI, GUEVARA JANE KORINNE MDI, Médicos
Fundación Universitaria San Martín

Complications post - appendicectomy in patients between 20 and 50 years,
service of general surgery, Nariño's university hospital department,
Pasto, 2007 - 2008

ERASO MARIA FERNANDA MDI, GUEVARA JANE KORINNE MDI, Doctors San
Martin University Foundation

ABSTRACT

The abdominal disease is one of the reasons mas frequent of morbidity; the patients present a suggestive picture of sharp appendicitis, affecting this one, to persons of all the groups of age, being more vulnerable the patients in extreme ages, according to some authors the age in the one that more appears appendicitis is between the 20 and 50 years, ages that were taken as a reference to the accomplishment of the present project. This work announces the most frequent complications that they can present some days after the appendicectomy: residual abscess, infection of wound, eventration, intestinal occlusion and entire cutaneous fistula; being important to emphasize the need of an oportune diagnosis since when delay exists in the same one, appear major complications and not negligible mortality.

The study was realized by information collected of the review of the Clinical surgical Histories of the file of Nariño's university hospital department E.S.E; in the period understood between January, 2007 and December, 2008.

Research was conducted by recording the history information of each in a format of data collection for the cases of patients with acute appendicitis and the chose the proportion of patients with post-appendicectomy complications In which it was found that among patients operated, the largest percentage is within the age group between 20 and 25 years, corresponding to 36.8%, 66 patients were female and 35.7% corresponding to 119 of them were male which corresponds to 64.3%, 117 patients undergoing uncomplicated corresponding to 95.7%.

Of the 185 patients studied, 8 were complicated corresponding to 4.2%, 77 of them were hospitalized 2 days after surgery, with a share of 41.6%, 4 patients were hospitalized between 6-10 days with a rate of 2.1% .

Key words: Appendicitis, Appendicectomy, Laparotomy, Infection

RESUMEN

La enfermedad abdominal es una de las causas más frecuentes de morbilidad; los pacientes presentan un cuadro sugestivo de apendicitis aguda, afectando ésta a personas de todos los grupos etáreos, siendo más vulnerables los pacientes en edades extremas, según algunos autores la edad en la que más se presenta apendicitis aguda es entre los 20 y los 50 años, edades que fueron tomadas como referencia para la realización del presente proyecto. Este trabajo da a conocer las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse días después de la apendicetomía: absceso residual, infección de herida, eventración, oclusión intestinal y fístula entero cutánea; siendo importante enfatizar la necesidad de un diagnóstico oportuno ya que cuando existe demora en el mismo, aparecen mayores complicaciones y mortalidad nada despreciable.

El estudio se realizó con datos recolectados de la revisión de las Historias Clínicas quirúrgicas del archivo del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., en el periodo comprendido entre enero 2007 y diciembre 2008.

Se realizó la investigación mediante la consignación de la información de cada historia clínica en un formato de recolección de datos correspondientes a los casos de pacientes con apendicitis aguda y de ellos se eligió la proporción de pacientes que presentaron complicaciones pos apendicetomía.

Se encontró que de los pacientes apendicetomizados, el mayor porcentaje se ubica dentro del grupo etáreo entre 20 y 25 años, correspondiendo al 36.8%. 66 pacientes fueron femeninos correspondiendo al 35.7% y 119 de ellos fueron masculinos que corresponde al 64.3%, 117 pacientes operados no se complicaron que corresponde al 95.7%.

De los 185 pacientes estudiados, 8 de ellos se complicaron correspondiendo al 4.2%, 77 de ellos estuvieron 2 días hospitalizados luego de su cirugía, con una proporción del 41.6%, 4 pacientes se hospitalizaron entre 6 a 10 días con una proporción del 2.1%.

Palabras claves: Apendicitis, Apendicetomía, Laparotomía, Infección

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación, es realizado con el fin de identificar las diversas complicaciones post - apendicetomía, en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., en los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda,

con edades entre 20 y 50 años, durante Enero del 2007 y Diciembre del 2008.

Mediante los resultados obtenidos, se logra aportar algunas recomendaciones específicas, en cuanto a cuidado de pacientes pos operatorios se refiere, aclarando que estas medidas serán

específicas, para realizarse en el hogar del mismo.

Los casos de patología abdominal son una de las entidades más estudiadas debido a la alta probabilidad de diagnósticos diferenciales que puedan encontrarse durante una exploración física en un paciente que presente un cuadro sugestivo de abdomen agudo.

Una de las patologías más diagnosticadas en el adulto joven es la apendicitis, por la presentación clínica que ésta conlleva en el desarrollo de un cuadro de abdomen agudo.

Según las estadísticas se puede encontrar que hace 50 años, 15 de cada 100 000 personas murieron por apendicitis aguda; hoy el peligro de morir por una apendicitis no gangrenosa es inferior al 0,1 por 100. Es por ello que el presente estudio va encaminado a determinar la incidencia de las diferentes complicaciones que puedan presentarse en pacientes a quienes se les ha practicado apendicetomía en el servicio de cirugía del hospital universitario departamental.

Esta investigación es realizada con el fin de determinar la incidencia con que se presentan las complicaciones, su tiempo de aparición y el manejo establecido con el fin de proporcionar algunas recomendaciones específicas, en cuanto al cuidado pos operatorio del paciente se refiere.

Además el presente trabajo de investigación es viable, ya que los datos que se recolectaron para analizar estadísticamente, se encuentran depositados en la historia clínica de cada paciente, para posteriormente en una base de datos analizarlos, tomar cada una de las frecuencias encontradas y llevarlas a conclusiones que serán

de vital importancia para definitivamente crear medidas estratégicas en prevención de complicaciones pos apendicetomía.

MATERIALES Y METODOS

El tipo de estudio es retrospectivo porque se trabajará con hechos que se dieron en la realidad tiempo atrás, con datos recolectados de la revisión de las Historias Clínicas quirúrgicas del archivo del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., en el periodo comprendido entre enero 2007 y diciembre 2008.

Se revisaron las historias clínicas de 185 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, no especificada (K359) los cuales pertenecen a un rango de edad entre 20 y 50 años y que a su vez fueron intervenidos quirúrgicamente; realizándoles apendicetomía, en el servicio de cirugía general.

Inicialmente se tomó el universo, el cual corresponde al 100% de la población de pacientes (273) quienes fueron apendicetomizados de forma abierta en el Servicio cirugía general del Hospital Universitario Departamental de Nariño entre Enero del 2007 y Diciembre del 2008 y se enfatizó en quienes presentaron cualquier tipo de complicación tras la realización del procedimiento quirúrgico, descartándose a los pacientes que consultaron con cuadros complicados, como peritonitis u otras patologías que al ser tratadas tenían concomitantemente la patología estudiada..

La información fue recolectada de cada historia clínica en un formato diseñado con los datos correspondientes de los pacientes con apendicitis aguda y de ellos se

eligió la proporción de pacientes que presentaron complicaciones pos apendicetomía.

RESULTADOS

Del total de pacientes apendicetomizados, el mayor porcentaje se ubica dentro del grupo etáreo entre 20 y 25 años, correspondiendo al 36.8% de la distribución.

En menor proporción se encontró el grupo etáreo entre 46 y 50 años, con 10 casos de pacientes apendicetomizados correspondiente al 5.4% del total de la población.

También se encontró que los pacientes más afectados por esta patología son los hombres con un porcentaje del 64.3%. En cuanto a la procedencia de los pacientes se encontró que en su mayoría proviene del sector rural con una participación del 67.6%.

De los pacientes que ingresaron al Hospital en el periodo objeto del estudio, 117 de ellos no recibieron antibiótico prequirúrgico, y en cuanto al post quirúrgico lo recibieron 172, que corresponde al 93% del total. De todos los pacientes apendicetomizados 122 no recibieron analgesia prequirúrgica.

De los pacientes apendicetomizados se encontraron 71 casos en los cuales describen la nota operatoria en fase edematosa con proporción de 38,4%, una fase fibrinopurulenta con 38 casos que corresponde al 20,5%, una fase gangrenosa con 53 casos, una proporción de 38,6% y una perforada con 23 casos correspondiente al 12.4% del total de casos.

También se encontró que de los pacientes que ingresaron al hospital

con problema de apéndice en 148 no se menciona en su historia clínica si estos recibieron o no antibiótico ambulatorio.

Del total de los pacientes apendicetomizados 77 de ellos estuvieron 2 días hospitalizados luego de su cirugía, con una proporción del 41.6%, 4 pacientes se hospitalizaron entre 6 a 10 días con una proporción acumulada del 2.1%.

De la distribución de pacientes apendicetomizados, 177 de ellos no se complicaron con una proporción de 95.7%.

De los pacientes apendicetomizados se hallan 66 mujeres, de ellas 62 no se complicaron, con una proporción del 93.9%; 4 de las mujeres presentaron complicaciones luego de la apendicetomía, 1 tuvo absceso residual con un porcentaje de 1.5%, EPI se manifestó en 1 paciente con un porcentaje de 1.5% y la última complicación fue neumonía que se dio en un paciente con porcentaje de 1.5%.

Con base en el total de la población se determinó la relación entre la aparición de cada complicación con la administración o no de antibiótico antes de realizarse apendicetomía y se encontró que del 100% de los pacientes a quienes si se les suministró antibiótico pre quirúrgico el 36.6% presentó complicaciones con 2 casos en total luego de la apendicetomía; del 100% de los pacientes a quienes no se les suministró antibiótico pre quirúrgico el 63.2% presentaron complicación con un total de 6 pacientes.

Con base en la misma población se determinó la relación entre la aparición de cada complicación con la administración o no de antibiótico

pos quirúrgico, se encontró que del 100% de los pacientes a quienes si se les suministró antibiótico pre quirúrgico, el 93% presentó complicación con 7 casos en total luego de apendicetomía, del 100% de los pacientes a quienes no se les suministró antibiótico pre quirúrgico el 7% presentan complicaciones con 1 caso.

Se determinó la relación entre la fase de apendicitis en la nota operatoria y la complicación luego de la apendicetomía y se encontró que de los 8 pacientes complicados, 1 tuvo absceso en fase edematosa, 1 en fase fibrinopurulenta, 1 en fase perforada, 1 tuvo EPI en fase gangrenosa, 1 tuvo Hematoma pélvico en fase fibrinopurulenta y 1 Neumonía en fase gangrenosa.

TABLA1.: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR EDAD EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

EDAD PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
20-25	68	36.8%
26-30	36	19.4%
31-35	32	17.3%
36-40	26	14.1%
41-45	13	7%
46-50	10	5.4%
TOTAL	185	100%

Fuente: Esta investigación

TABLA 2. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR GENERO EN PACIEINTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

GENERO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	66	35,7%
MASCULINO	119	64,3%
Total	185	100,0%

Fuente: Esta investigación

TABLA 3. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO PREQUIRURGICO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

ANTIBIOTICO PRE QUIRURGICO	Frecuencia	Porcentaje
SI	68	36,8%
NO	117	63,2%
Total	185	100,0%

Fuente: Esta investigación

TABLA 4 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO POSQUIRURGICO EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS

ANTIBIOTICO POS QUIRURGICO	Frecuencia	Porcentaje
NO	13	7,0%
SI	172	93,0%
Total	185	100,0%

Fuente: Esta investigación

TABLA 5 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA FASE DE LA APENDICE REGISTRADA EN LA NOTA OPERATORIA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, SAN JUAN DE PASTO, AÑO 2007 – 2008.

FASE APENDICE	Frecuencia	Porcentaje
EDEMATOSA	71	38,4%
FIBRINOPURULENTA	38	20,5%
GANGRENOSA	53	28,6%
PERFORADA	23	12,4%
Total	185	100,0%

Fuente: Esta investigación

TABLA 6: DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA COMPLICACION POS QUIRURGICA PRESENTADA EN PACIENTES APENDICETOMIZADOS

COMPLICACION POS QX	Frecuencia	Porcentaje
EPI	1	0,5%
HEMATOMA PELVICO	1	0,5%
NEUMONIA	1	0,5%
ABSCESO RESIDUAL	5	2,7%
NO PRESENTO COMPLICACION	177	95,7%
Total	185	100,0%

Fuente: Esta investigación

DISCUSION

Los resultados analizados, demuestran que la mayor parte de la población que se somete a apendicetomía es el género masculino, siendo también la población que mas presenta una complicación posquirúrgica, pero no se puede inferir que se deba definitivamente a la administración de antibióticos o analgesia antes y después de realizarse el procedimiento quirúrgico. El estado inmunológico juega un papel importante en la respuesta sistémica contra una injuria en el organismo.

Es importante tener en cuenta también los resultados que arrojan a la investigación las diferentes variables, como la fase en que se encontró la apéndice en el momento de la cirugía, siendo la edematosa la mas común entre la presentación durante al acto quirúrgico; la estancia hospitalaria que el paciente permaneció luego de la cirugía, en los cuales se demuestra que algunas características pueden influir en la aparición de una complicación posquirúrgica.

Aunque es importante poder estudiar variables más profundas, en cuanto al tiempo de cirugía se refiere, la técnica quirúrgica, la masa corporal del paciente, para poder identificar una causa más de presentación de una complicación luego de un acto quirúrgico.

CONCLUSIONES

De las 185 historias clínicas que son el universo total del presente estudio se puede establecer que el mayor porcentaje de pacientes se ubica dentro del grupo etáreo que corresponde a las edades comprendidas entre 20 y 25 años correspondiente a 36.8%.

El tiempo de evolución ha sido demostrado como factor influyente en la presentación de complicaciones post - apendicetomía. Debido a que la enfermedad sigue su curso natural por etapas, como se ha descrito, hasta llegar a la perforación, es importante tener en cuenta los resultados de éste estudio para que el Hospital tome las medidas necesarias y pertinentes, en relación a esta patología, pues el estudio demuestra que el 61.5% de los pacientes están dentro de las fases de mayor riesgo, siendo más

frecuente la fase gangrenosa con un 28.6% y por consiguiente ésta es la que más se relaciona con la aparición de complicaciones posquirúrgicas con un 40.0%.

De todos los pacientes estudiados la mayoría que recibieron apendicetomía como tratamiento corresponde al sexo masculino con un porcentaje de 64.3%, lo que permite pensar que las complicaciones posquirúrgicas se presentaron más en ellos con un 3.4%, de un total de 5.4%.

Con respecto al número total de las mujeres solo el 6% presentaron complicación luego de la apendicetomía, y por consiguiente registran el 2% del total de las complicaciones posquirúrgicas.

A esto se le suma otros factores como el suministro de antibiótico antes de la apendicetomía, de lo cual se encontró que la mayoría de los pacientes NO recibieron antibiótico prequirúrgico, equivaliendo esto al 63.2%, pero que el 93.0% SI recibieron antibiótico después de la intervención quirúrgica, es decir, se complicaron más quienes no recibieron antibiótico antes de la apendicetomía.

Otro factor relacionado es el suministro de analgesia prequirúrgica ante la cual, la mayoría de los pacientes NO la recibieron (65.9%), lo cual es considerado dentro de un rango medial que hace pensar que su suministro no enmascara en cuadro clínico y que si se podría dar antes de la apendicetomía.

Igualmente se estableció que el mayor porcentaje de los pacientes

tienen procedencia de la ciudad de Pasto con el 61.1% y el resto pertenecen a pueblos aledaños.

De acuerdo a la estancia hospitalaria después de haberse realizado apendicetomía, hallamos que del total de los pacientes la mayoría estuvo hospitalizado por 2 días con un porcentaje de 41.6%.

Un punto considerado de gran importancia es el hecho de no especificar en la historia clínica si se le dio a los pacientes antibiótico ambulatorio, ya que en la mayoría de los reportes (80%) solo se indicaba salida con fórmula médica.

También tenemos que del 100% de los casos estudiados, el 95.7% no presentó complicación posquirúrgica y el 4.3% restante si la presentó, dentro de las cuales, la más frecuente es el absceso residual con 2.7%.

Las complicaciones postoperatorias aumentaron la estadía hospitalaria, teniendo que de todas las complicaciones presentadas, 1 paciente estuvo hospitalizado por más de 10 días.

Finalmente la complicación que más demoró en presentarse fue después de 10 días luego de haberse realizado la apendicetomía con el 1.1%.

BIBLIOGRAFIA

1. Arnbjörnsson e (1982). «acute appendicitis as a sign of a colorectal carcinoma». *J surg oncol* 20 (1): 17–20. Pmid 7078180.
2. Baeza Herrea C, jaimes G, Villalobos Ayala D, Velasco Soria L. Manejo de las infecciones postoperatorias en las apendicectomías. *Rev Cir* 2003; 71(1): 31.
3. Brunicardi, f. (2006). *Schartz: principios de cirugía* «capítulo 29: el apéndice», 8^{va} edición, mcgraw-hill. Isbn 9789701053737.

4. Burkitt dp (1971). «the aetiology of appendicitis». *Br j surg* 58 (9): 695–9. Pmid 4937032.
5. Diccionario de medicina; Océano Mosby, cuarta edición; versión en español, grupo editorial océano, Impreso en España.
6. Fitz rh (1886). «perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment». *Am j med sci* (92): 321–46.
7. Guía De Manejo, Area Responsable: Servicio De Quirúrgicas, Cirugía General Codigo E.S.E.Hospital San Rafael Fusagasuga, Apendicitis Aguda, 04h-Qx001
8. Harrison principios de medicina interna 16a edición (2006). *Capítulo 281. Apendicitis y peritonitis agudas* (en español). *Harrison online en español*. Mcgraw-hill. Consultado el 14 de septiembre, 2008.
9. Manual merck de información médica para el hogar (2005-2008). *Capítulo 112: urgencias gastrointestinales* (en español). *Sección 9: trastornos gastrointestinales*. Consultado el 16 de septiembre, 2008.
10. Revista chilena de cirugía, issn 0718-4026 *versión on-line*, rev chil cir v.58 n.3 santiago jun. 2006. Detección precoz de infección de herida operatoria en pacientes apendicectomizados* early detection of wound infection after appendectomy. *Drs. Claudio tapia¹, richard castillo², oscar ramos¹, josé morales¹, ricardo blacud¹, ricardo vega¹, francisco silva¹*
11. Segal i, walker ar (1982). «diverticular disease in urban africans in south africa». *Digestion* 24 (1): 42–6. Pmid 6813167.
12. Wangensteen oh, bowers wf (1937). «significance of the obstructive factor in the genesis of acute appendicitis». *Arch surg* 34: 496-526.