

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Medicina Humana, 3er semestre

MATERIA
Epidemiología II

UNIDAD
1

TEMA
Actualidades de apendicitis aguda en urgencias médicas

DOCENTE
Samuel Esaú Fonseca Fierro

ALUMNO
Débora Nieto Sánchez

INTRODUCCIÓN

Apendicitis se define como la inflamación aguda del apéndice vermiforme. Típicamente ocurre por obstrucción de la luz ya sea por fecalito o hipertrofia del tejido linfoide asociado a mucosa, **este proceso genera isquemia, necrosis y posterior perforación.**

La apendicitis aguda es la causa principal de abdomen agudo el cual requiere tratamiento quirúrgico, la cual si su diagnóstico se hace tardíamente o incorrectamente aumentará el riesgo de complicarse con formación de abscesos, infección de herida quirúrgica, perforación, sepsis y muerte.

La relación entre el tiempo de evolución y la complicación ya sea perforación o peritonitis, se ha asumido como lineal, basándose en la fisiopatología clásica descrita por **Reginald Heber Fitz quien la reconoció como entidad clínica y anatomopatológica en 1886.**

Fue en 1886 cuando Fitz enfatizó en su conferencia *“Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment”*, que el origen de la mayoría de los procesos inflamatorios de la fosa ilíaca derecha está en el apéndice. Describiendo con claridad el cuadro clínico y proponiendo la cirugía temprana como tratamiento:

“La vital importancia del diagnóstico temprano de la apendicitis perforada es obvia. El diagnóstico, en la mayoría de los casos, es comparativamente fácil. El eventual tratamiento por laparotomía es generalmente indispensable. Síntomas urgentes demandan la inmediata exposición del apéndice perforado, después de la recuperación del shock, y su tratamiento de acuerdo con los principios quirúrgicos. Si la espera se justifica, el absceso resultante, por regla intraperitoneal, debería incidirse tan pronto como sea evidente. Esto es usualmente en el tercer día después de la aparición de los primeros síntomas característicos de la enfermedad”

DIAGNOSTICO CLINICO DE APENDICITIS

El correcto y temprano diagnóstico Apendicitis Aguda, se considera la actuación clínica más significativa para reducir las complicaciones y la morbimortalidad asociada a esta enfermedad.

Un diagnóstico tardío o incorrecto nos puede llevar a múltiples complicaciones, como lo son, perforación, abscesos, infección de herida quirúrgica, sepsis y hasta la muerte.

Los reportes en los exámenes de laboratorio y gabinete en adultos en los estadios iniciales de la apendicitis van de 50 a 95% de certeza diagnóstica. Los hallazgos en los exámenes de laboratorio, no confirma ni excluye el diagnóstico de apendicitis aguda cuando se utilizan de manera aislada, ya sean las alteraciones leucocitarias, proteína C reactiva, o marcadores nuevos como lactoferrina, calprotectina, d-lactato.

SIGNO	PUN- TAJE
Dolor migratorio en FID	1
Anorexia	1
Náusea/Vómito	1
Hipersensibilidad en FID	2
Síntomas	
Rebote FID	1
Elevación de la temperatura > 38o C	1
Signos extras:	
Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal	1
Laboratorio	
Leucocitosis 10,000-18,000 cel/mm3	2

ESCALA DE ALVARADO

El uso de la escala de Alvarado modificada permite que los pacientes que consultan al servicio de urgencias con dolor abdominal en la FID puedan clasificarse en 3 grupos, de acuerdo con la probabilidad de tener apendicitis:

- ✚ **Riesgo bajo 0-4 puntos:** probabilidad de apendicitis de 7.7%. Observación ambulatoria y poner mayor atención en los datos de alarma; bajo riesgo de perforación.
- ✚ **Riesgo intermedio 5-7 puntos:** probabilidad de apendicitis de 57.6%. Hospitalización y solicitar exámenes de laboratorios, estudios de imagen. Repitiendo la aplicación de la escala cada hora.

✚ **Riesgo alto 8-10 puntos:** probabilidad de apendicitis de 90.6%. Estos pacientes deben ser sometidos a cirugía de inmediato.

Dado a que siempre, ha existido duda entre si las escalas ya descritas son realmente eficaces o no, en el diagnóstico precoz de AA, sabiendo que su diagnóstico es propiamente clínico, se buscan signos y síntomas que generalmente están presentes en la mayoría de los pacientes, es por eso que se creó un sistema puntuando lo que persigue identificar en los pacientes que no presentan AA, de los que probablemente sí presentan la enfermedad.

Sistema MANTRELS que fue creado por el Dr. Alvarado en 1986 como una forma de mejorar la certeza diagnóstica y reducir el número tanto de apendicetomías tardías como laparotomías blancas. Se identifican ocho características principales en el cuadro clínico, y agrupadas bajo la nemotecnia MANTRELS:

M – Migración del dolor a cuadrante inferior derecho

A – Anorexia.

N – Náuseas y/o vómitos.

T – Sensibilidad en cuadrante inferior derecho

R – Rebote.

E – Elevación de la temperatura $>38^{\circ}$ C.

L – Leucocitosis >10500 por mm^3 .

S – Desviación a la izquierda $>75\%$

ULTRASONIDO ABDOMINAL

El USG demuestra sensibilidad de 75 a 92% y especificidad de 94 a 100% y cociente de probabilidad mayor de 10, lo cual representa un resultado fuertemente positivo.

MANEJO DEL DOLOR ANTES DE LLEGAR A DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS

A través de los años se ha encontrado un gran dilema entre dar manejo a diversos tipos de dolores abdominales previo a un diagnóstico definitivo, en diversos artículos se muestra la controversia entre el sí o el no de la administración de fármacos para modular el dolor.

En el pasado se consideraba imposible el uso de analgesia ya que se pensaba que esto enmascaraba los signos físicos y por lo tanto nos llevaba a un retardo en el diagnóstico y tratamiento del padecimiento de fondo.

CONCLUSION

La apendicitis, es una patología que no se detecta tan fácilmente, por los síntomas engañosos, pero existen métodos prácticos para su detección. Se cometen algunos errores y es la aplicación de analgésicos para aliviar el dolor lo que provoca complicaciones.

En el artículo menciona que en investigaciones muestran que a personas le han suministrado morfina, que tiene eficacia de aliviar el dolor, con mayor duración de acción, no enmascaran el dolor y disminuye el peristaltismo. Aunque tiene algunas contradicciones.

BIBLIOGRAFIA

paz, j. d., ye, g. m., olivas, f. m., lillian, v. g., alejandra, v. a., lucia, r. t., & cinthia., c. m. (2018). Actualidades de apendicitis aguda en urgencias médicas. Rev Med UAS 8(2), 88-101, doi:10.28960/revmeduas.2007-8013.v8.n2.005.