

Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez
“Artículo de apendicitis”
Epidemiología II

Dr. Samuel Esau Fonseca Fierro

Br. Merida Ortiz Viridiana

Estudiante de Medicina

3er Semestre

08 de septiembre de 2020, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la inflamación del apéndice cecal, y se trata de la causa más frecuente de dolor abdominal agudo o dolor abdominal quirúrgico. En este artículo se busca unificar criterios en la atención médica ambulatoria, en emergencias o guardia y servicio de cirugía general para lograr una adecuada y eficaz atención médica de la apendicitis aguda, dado que el dolor abdominal representa el 12% de los juicios de mala praxis en la sala de guardia, y la apendicitis aguda el 4% de las demandas en emergencias. El examen clínico usando la escala de Alvarado para su diagnóstico permite realizar una práctica evaluación de su condición.

De igual manera menciona los criterios de internación, las formas de presentación del dolor, los diagnósticos diferenciales, la anamnesis y examen físico, los procedimientos diagnósticos y diagnóstico por imágenes, y por último su tratamiento.

“APENDICITIS AGUDA. CRITERIOS DE ATENCIÓN MÉDICA”

Es la inflamación del apéndice cecal, y se trata de la causa más frecuente de dolor abdominal agudo o dolor abdominal quirúrgico. Por lo general se presenta en la población entre los 10 y los 30 años, pero puede aparecer a cualquier edad. Con una prevalencia en los departamentos de Emergencia del 17 al 40%, en la consulta ambulatoria del 5 al 10% y en los servicios de cirugía del 8 al 15%.

Todo paciente con dolor abdominal se presume que tiene apendicitis aguda hasta que se demuestre lo contrario. Se ingresa todo paciente que presenta dolor abdominal para diagnóstico y tratamiento con reevaluación, valoración quirúrgica, de métodos complementarios y de diagnóstico por imágenes a intervalos de 6 horas.

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran:

- Embarazo ectópico. Dolor en hipogastrio, en fosas ilíacas derecha e izquierda, puede acompañarse de metrorragia, flujo vaginal y fiebre.

- ▶ Íleo. Dolor que suele ser cólico, localizado en la línea media, se acompaña de vómitos, distensión abdominal y estreñimiento
- ▶ Pancreatitis aguda. Dolor periumbilical, sordo, continuo, que se alivia al sentarse e inclinarse hacia adelante, en forma de cinturón con irradiación posterior.

Anamnesis

El interrogatorio es de alta precisión diagnóstica para determinar la causa del dolor. Interrogar por el consumo de antiinflamatorios que puede enmascarar el cuadro. En la apendicitis aguda, la secuencia descrita comienza con dolor difuso en epigastrio, seguido de náuseas y vómitos. Luego se generaliza y posteriormente, se localiza en la fosa ilíaca derecha (cronología de Murphy). El paciente puede presentar fiebre y anorexia. El tiempo de evolución una vez que se realizó la consulta es de 24 a 48 horas. Y posteriormente evoluciona a la perforación, plastrón y peritonitis.

Examen físico

El diagnóstico se realiza básicamente con el examen físico, con la utilización de la escala de Alvarado. Se realiza control de signos vitales. En la palpación abdominal se evalúa la presencia de hiperestesia cutánea en el cuadrante inferior izquierdo, dolor en epigastrio, dolor al comprimir la fosa ilíaca derecha, punto de Mc Burney.

También se puede realizar la prueba de la tos, es positiva si el dolor aumenta con la tos voluntaria. Percusión abdominal es similar al signo del rebote y tiene una sensibilidad y especificidad similares a la palpación profunda.

Procedimientos diagnósticos - Al ingreso.

- ▶ Laboratorio. Hemograma. Leucocitosis entre 10500 y 13500.
- ▶ VSG, glucemia, urea y coagulograma. Sedimento de orina. Suele ser patológico en las retrocecales.

Diagnóstico por imágenes

Ecografía abdominal. Tiene una sensibilidad y especificidad en varios estudios de 83% y 93%, y ayuda al diagnóstico diferencial.

Tratamiento

La apendicectomía convencional es el procedimiento más utilizado en un 98,3%, seguido de la apendicectomía laparoscópica, en 2,4%.

Tratamiento Post alta Indicaciones.

- ▶ Ibuprofeno 400 mg comprimidos por vía oral cada 8 horas o Diclofenaco 50 mg comprimidos por vía oral cada 12 horas.
- ▶ Ampicilina/Sulbactam 375 mg comprimidos por vía oral cada 12 horas.
- ▶ Curaciones de la herida quirúrgica cada 12 o 24 horas.

La complicación más frecuente es la infección del sitio operatorio seguida del íleo y la infección urinaria; la morbilidad es baja y la mortalidad está por debajo de 1%.

CONCLUSIÓN

Lo anterior nos muestra que una utilización racional y adecuada de los medios de diagnóstico, la escala de Alvarado, diagnóstico por imágenes y terapéuticos, antibioticoterapia, y analgesia redundan en beneficios para el paciente. Es importante conocer el punto de Mc Burney junto con la escala de Alvarado para realizar el examen físico. Un aspecto a considerar es que si se trata de una paciente femenina en edad fértil se debe hacer el diagnóstico diferencial de embarazo ectópico. El diagnóstico por imagen de estándar de oro es la ecografía abdominal y el tratamiento más utilizado es la apendicectomía convencional.

BIBLIOGRAFÍA

Nogales, J. (2017). Apendicitis aguda. Criterios de atención médica. Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 130, pp.20-24.