Urkund Analysis Result

Analysed Document: KAREN CHAMBA SALDARRIAGA.docx (D16207462)
Submitted: 2015-11-15 18:38:00
Submitted By: karencita1504@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

INTRODUCCIÓN La apendicitis aguda es una enfermedad de urgencia que requiere manejo quirúrgico a nivel mundial, y la apendicectomía es el tratamiento estándar. Los libros nos informan que esta enfermedad afecta aproximadamente entre el 7 y el 12 % de la población general, y el riesgo de sufrir apendicitis es del 8% para el sexo masculino y 6 % para el sexo femenino. Afecta con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida. El diagnóstico de la Apendicitis Aguda es clínico. A pesar de ser una patología común, se considera un diagnóstico confuso, especialmente en las edades extremas y mujeres de edad fértil, debido a la anotomía, y las variaciones de los signos y síntomas se confunden con otros cuadros patológicos de la cavidad abdominal, y ya que es una enfermedad de evolución rápida, se requiere un manejo quirúrgico adecuado. CITATION Muh14 \l 12298 (2) Actuar de manera incorrecta ante esta enfermedad conlleva a múltiples complicaciones, como infección de la herida, la perforación del órgano, absceso apendicular, sepsis e incluso la muerte. Llegar a un diagnóstico de la Apendicitis aguda y la intervención quirúrgica rápida es un poco complejo, debido a causas como la automedicación de los pacientes, lo que ocasiona que no se actué de manera rápida, haya un retraso en la internación y la intervención y es allí donde se presentan las complicaciones y mayor tiempo de hospitalización. CITATION Osp11 \l 12298 (4) Un sinnúmero de investigaciones se han realizado para identificar las manifestaciones clínicas, laboratorio e imagenológicos, en consideración especial para los médicos generales, que se encargan de la evaluación y manejo inicial de los pacientes que presenten cuadros de abdomen agudo inflamatorio, se propuso la utilidad de crear criterios de clasificación (escalas) que sean fáciles y confiables para llegar a un diagnóstico aproximado de apendicitis aguda. DESARROLLO DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA El diagnóstico de apendicitis aguda no reviste problemas cuando el hallazgo clínico responde con las descripciones típicas de esta enfermedad, ya que una correcta historia clínica (anamnesis y un examen físico) bien detallada, nos permiten avanzar a él sin mayor complicación. El hallazgo clínico constituye, el instrumento diagnóstico de superior significación, pues gracias a él podemos llegar a un diagnóstico eficaz en el inferior tiempo y costo posible y así mismo aminorar el periodo de progreso preoperatorio, y evitar los retardos que causan morbilidad y mortalidad. Existe la necesidad de una preparación rigurosa de los médicos generales que se encargan la valoración primaria en los servicios ambulatorios y de urgencias, para que sea oportuno el diagnóstico y la utilización de imágenes y que no se sometan a la simple observación del paciente. El diagnóstico correcto de esta patología en la primera valoración varían en diversas casas de salud, entre un 50 y 70 % en adultos, 43 y 72 % en niños que sean menores de 12 años y solo 1 % en menores de 2 años. Las escalas diagnosticas son tácticas diseñadas para valorar la probabilidad de manifestación de apendicitis aguda en las casas de salud. Son métodos útiles, con ciertos grados de complejos y nos ayudan a un reconocimiento rápido de pacientes con presunto diagnóstico de apendicitis aguda. Una de las escalas mayormente aprobadas por todos los cirujanos que viene hacer un método fácil de aplicar a cualquier individuo en el que se sospeche de diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda, es la escala de Alvarado en 1986; y la escala de Alvarado Modificada, La sensibilidad y especificidad para el Alvarado y las puntuaciones Alvarado modificados van desde 53 hasta 88% y 75 - 80%, respectivamente. La escala de Alvarado fue creada en 1986 para identificar de forma prospectiva a los pacientes que pueden padecer apendicitis y reducir la cantidad de apendicetomías negativas. Esta escala utiliza datos clínicos y de laboratorio como migración del dolor, anorexia, náusea, dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, signo de rebote, temperatura elevada, leucocitosis y desviación del conteo leucocitario a la izquierda. A cada uno de estos parámetros se les asigna un valor numérico que al sumarlo predice la probabilidad de padecer apendicitis aguda y así normar una conducta terapéutica. La escala de Alvarado modificada se basa en los mismos datos clínicos y de laboratorio, exceptuando la desviación a la izquierda del conteo leucocitario; el procedimiento es el mismo: se suman cada uno de los valores asignados y así se predice el riego de padecer apendicitis y se norma la conducta terapéutica a continuación. El motivo de suprimir este parámetro es que no en todos los centros de atención se cuentan las formas inmaduras de neutrófilos como examen de rutina. Escala de Alvarado modificada Signos Puntos Dolor que migra a fosa iliaca derecha 1 Anorexia 1 Náusea o vómito 1 Hipersensibilidad a nivel de fosa iliaca derecha 2 Síntomas Blumberg 1 Temperatura < 38 °C 1 Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal 1 Laboratorio Leucocitosis de 10,000-18,000 células/mm3 2

La escala de Alvarado modificada ayuda que los pacientes que acuden con dolor abdominal en la fosa iliaca derecha

se clasifiquen en 3

grupos, de acuerdo con la probabilidad de sufrir apendicitis: •Bajo riesgo (0-4 puntos): probabilidad de tener apendicitis aguda de 7.7%. Observar ambulatoriamente al paciente, tener en cuenta los datos de alarma; existe bajo riesgo de perforación. •Moderado riesgo (5-7 puntos): probabilidad de sufrir apendicitis aguda es de 57.6%. Hospitalizar y solicitar exámenes de laboratorio e imagenológicos. Repitiendo la escala cada hora. •Alto riesgo (8-10 puntos): probabilidad de sufrir apendicitis

aguda de 90.6%. Intervención quirúrgica de inmediato. CITATION Rey12 \l 12298 (3) Sin embargo, estos sistemas de puntuación se desarrollaron en los países occidentales, y diversos estudios han reportado muy baja sensibilidad y especificidad cuando estas puntuaciones se aplican a una población con una etnia, origen y dieta completamente distinta. Por lo tanto, un nuevo sistema de puntuación fue desarrollado para la población del sureste asiático llamada "puntuación RIPASA", 2010, que se decía tener sensibilidad y especificidad del 98 y 83% respectivamente. CITATION Rey12 \l 12298 (3) La puntuación RIPASA es más extensa pero un sencillo sistema de puntuación que consta de 17 parámetros fijos y un parámetro adicional NRIC (National Registration Identity Card). Todos estos parámetros son obtenibles fácilmente a partir de una buena historia clínica, examen e investigaciones. La puntuación RIPASA es una herramienta de diagnóstico útil y rápido para apendicitis agudas, especialmente en situaciones de emergencia, como que requiere sólo datos demográficos del paciente (edad, sexo y nacionalidad, que están disponibles en el registro), un correcta historia clínica (dolor RIF, la migración a RIF, anorexia, náuseas y vómitos), el examen clínico (Ternura RIF, vigilancia localizada, Blumberg, El signo de Rovsing y la fiebre) y dos simples investigaciones (recuento de glóbulos blancos elevado y negativo análisis de orina realizado en triaje, que se define como una ausencia de sangre roja y blanca células, bacterias y nitratos). Escala Ripasa Datos Puntos Sexo masculino 1 Sexo femenino 0.5 > 39.9 años 1 < 40 años 0.5 Extranjero 1 Síntomas Mc Burney 0.5 Náusea o vómito 1 Dolor migratorio 0.5 Anorexia 1 Síntomas > 48 h 1 Síntomas < 48 h 0.5 Signos Hipersensibilidad a nivel de

fosa iliaca derecha 1 Resistencia muscular voluntaria 2 Blumberg 1 Rovsing 2 Temperatura < 37° > 39 °C 1 Laboratorio Leucocitosis 1 Examen de orina negativo 1

De

acuerdo al puntaje se sugiere el manejo: • > 5 puntos (Improbable): observar al paciente y aplicar escala otra vez en 1-2 h, si el puntaje baja, se descarta la enfermedad, si

el puntaje sube

se revalora con el puntaje obtenido. • 5-7 puntos (Baja probabilidad): observación

del paciente en urgencias y repetir escala en 1-2 h o realizar una ecografía abdominal. El paciente debe

permanecer en observación. • 7.5-11.5 puntos (Alta probabilidad): valoración por el cirujano y preparar al paciente para

el tratamiento quirúrgico, si el cirujano decide continuar la observación, se repite en una hora. Para el sexo femenino realizar un

ultrasonido para descartar patología ginecológica. • < 12 puntos (

Diagnóstico de apendicitis): valoración por el cirujano para apendicectomía o bien referirlo de ser necesario.

La escala de RIPASA es una útil herramienta para diagnosticar la apendicitis. No es invasiva y da resultados rápidos. Ayuda a tomar una decisión rápida en casos dudosos de dolor a nivel de fosa ilíaca derecha. La utilización de un criterio de puntuación diagnóstica, en los servicios de atención primaria ambulatoria o urgente en donde el uso de la imagenología, es difícil o inaccesible para los pacientes, el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda se puede hacer con altos niveles de confiabilidad, y así evitar menos costosos, eficaces y oportunos. La puntuación RIPASA es actualmente un sistema de puntuación de diagnóstico mejor para la apendicitis aguda en comparación con el puntaje de Alvarado y Alvarado Modificada, alcanzando primero mayor sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica, sobre todo en la población indígena. Podemos obtener información de la puntuación RIPASA tomando una historia clínica completa, y la realización de la exploración física. Además, admisiones no deseados y los estudios de imagen caros también se pueden evitar mediante el uso de la puntuación RIPASA. CITATION NNM14 \l 12298 (5) A mayor puntaje de la Escala de Alvarado Modificada mayor es el Resultado Histopatológico de Apendicitis Aguda Un puntaje elevado de la escala de Alvarado, será más avanzada la fase del estudio histopatológico. La escala de Alvarado modificada es de gran ayuda para el diagnóstico de esta enfermedad ya que nos previene de complicaciones que puedan ocasionar la muerte, así mismo, bajar los días de hospitalización y el costo para los pacientes. Si no se obtiene un diagnóstico rápido y oportuno de apendicitis aguda en fases iniciales y someter al paciente a un tratamiento quirúrgico de apendicectomía en fases avanzadas, es bandeja fácil para las complicaciones de leves a severas en el transoperatorio y postoperatorio. CITATION Maq14 \l 12298 (6) DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES PARA APENDICITIS AGUDA Se propone combinar los diferentes criterios diagnósticos con un auxiliar imagenológicos como son la radiografía, ultrasonido y tomografía computarizada, donde se ha visto que aumentan su sensibilidad y especificidad en algunas para el diagnóstico de apendicitis, así como también evitan las apendicectomías negativas, previniendo la morbimortalidad y la estancia hospitalaria, teniendo en cuenta que actualmente el diagnóstico de apendicitis aguda es netamente clínico. Tener en cuenta que en nuestro medio es dificultoso tener a la disposición los métodos imagenológicos a cualquier hora, puesto que no gozamos con la tecnología en todo los servicios de valoración inmediata, por lo tanto debemos saber cuándo está indicado realizar una exploración imagenológica ante la sospecha de la patología lo cual nos indica que el diagnóstico de la Apendicitis aguda es puramente clínico. Radiografía simple de abdomen La radiografía no se recomienda para el estudio de esta patología, ya que en el 68 % de los casos los hallazgos son inespecíficos y existen estudios donde se ha reportado una sensibilidad baja como del 0 %. CITATION Oct14 \l 12298 (1) Sin embargo,

la radiografía es un método económico y rápido donde se pueden obtener algunos datos

como dilatación del colon ascendente, nivel hidroaéreo en el cuadrante inferior derecho, borramiento de la silueta del psoas, niveles hidroaéreos múltiples en peritonitis,

neumoperitoneo en casos de apendicitis perforada, presencia de fecalito que tiene una especificidad del 100% pero se visualiza sólo en un 10% de los casos. Ultrasonido La ecografía es la técnica de menor costo y la menos invasiva. Presenta una sensibilidad de 75-90%, especificidad

de 86-98%. La ecografía se realiza rápidamente, no requiere preparación minuciosa y examina toda la cavidad abdominal, por tanto, identifica o excluye diagnósticos diferenciales que aclaren los signos y síntomas del paciente. La maniobra tiene dos objetivos principales: 1. Desplaza las asas intestinales cercas a un probable apéndice inflamado y que esté fijo a la pared abdominal 2. Evaluar el grado de compresibilidad del apéndice cecal. Los hallazgos ecográficos de apendicitis aguda incluyen: • Diámetro transverso del apéndice que sea mayor a 6 mm • Apéndice no compresible. • Cambios inflamatorios de la grasa circundante. • Aumento de la vascularización visualizada en el Doppler color. • Apendicolitos • Signos de perforación: como lo son la colección de fluido periapendicular, pared irregular y la presencia de un apendicolito extraluminal. CITATION

Oct14 \l 12298 (1) Los problemas técnicos que más se presentan en todo examen de ultrasonido como lo es el gas intestinal que se interpone,

íleo intestinal, panículo adiposo en abundante cantidad y la dependencia del profesional, esta modalidad es más útil en pacientes delgados, pediátricos y en centros que cuenten con un radiólogo experto. También se debe tener en cuenta que la sensibilidad y especificidad de la ecografía es menor en casos de apendicitis perforada y por tanto, la tomografía es más útil en este grupo de pacientes. La evidencia actualmente nos sugiere que no se debe realizar la ecografía cuando

la clínica es tan evidente,

ya que la alta cantidad de falsos negativos (apéndice retrocecal, perforado, o compromiso sólo del extremo distal) nos aporta el retraso del tratamiento quirúrgico. El principal papel

del ultrasonido en casos en los que la valoración de las manifestaciones clínicas se repite y no están del todo claros es donde la ecografía aporta útil información complementaria para tomar la decisión si es necesario o no un tratamiento quirúrgico. Tomografía axial computada

Se reporta una sensibilidad de 90-100%, especificidad de 91-99%, valor predictivo positivo de 92-98%, valor predictivo negativo de 95-100% y exactitud de 94-98% para el diagnóstico de apendicitis.

La técnica incluye la evaluación de todo el abdomen con cortes finos de 5 mm de colimación en la fosa ilíaca derecha, práctica que mejora la sensibilidad y especificidad al identificar signos adicionales. La utilización de medio de contraste oral e intravenoso permite una adecuada valoración de los procesos inflamatorios, isquémicos y neoplásicos del abdomen que podrían

simular apendicitis.

Como se puede deducir, la tomografía puede considerarse como primera opción en los pacientes adultos con cuadro clínico atípico, obesos, ancianos y pacientes en quienes la ecografía no aporte datos concluyentes o cuando es normal.

La ecografía

es superior a la TAC en la valoración de entidades ginecológicas. Además, en algunos pacientes delgados y pediátricos, la escasez de grasa mesentérica hace difícil la adecuada identificación del apéndice y su evaluación mediante ecografía, es más útil.

Tener en cuenta que los métodos diagnósticos de imagen deben servir de apoyo al diagnóstico clínico solo en el caso de que éste sea dudoso. Algunos autores consideran, que el uso de los métodos de imagen podría facilitar el manejo, incluso si ya tenemos un diagnóstico certero de apendicitis aguda. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA APENDICITIS AGUDA Cuando se desencadena la causa que inicia la Apendicitis aguda no existe evolución inversa, la perforación es solo cuestión de tiempo. La fisiopatología de la Apendicitis Aguda ocurre cuando el único extremo permeable del apéndice vermiforme se obstruye. Teniendo en cuenta que las causas más frecuentes de obstrucción apendicular son: •Fecalito, Heces, Hiperplasia linfoide, Semillas, Parásitos, Tumores, etc. La obstrucción del apéndice vermiforme ocasiona que se acumule líquido y secreciones en la luz del apéndice, posterior a esto existe la proliferación de bacterias, e inflamación de la pared y de los tejidos circundantes. El aumento de la presión endoluminal del apéndice, debido a la acumulación de secreciones, hace que la pared del apéndice presente altas fuerzas de tensión y, a su vez, por lo que genera que disminuya la perfusión de sangre, lo cual desencadena isquemia, gangrena y, por último, perforación. La perforación del apéndice vermiforme es uno de los estadios finales de dicho proceso patológico inflamatorio y el objetivo de

la intervención quirúrgica en los pacientes es prevenirla. Una vez que ocurre dicha perforación la mortalidad se eleva al 3 % y la morbilidad se eleva 47%. Se dice que a pesar de tener un diagnóstico temprano de Apendicitis aguda, hasta el 26 % ya están perforadas al momento del diagnóstico. CITATION Oct14 \l 12298 (1)

A pesar de los múltiples métodos imagenológicos de diagnóstico (ultrasonido, tomografía, resonancia, etc.), hoy en día el diagnóstico de la apendicitis aguda es

solo mediante los hallazgos clínicos.

Es por esto que su diagnóstico rápido y verdadero resulta muy importante, ya que un retraso en el tratamiento de la

Apendicitis Aguda puede comprometer la vida del paciente, eleva la mortalidad y la morbilidad de la enfermedad, prolongar la internación

hospitalaria, elevar los costos de hospitalización y en ocasiones se necesitan más cirugías para controlar las complicaciones

que se ocasionaron por una apendicitis complicada. CITATION Rey12 \l 12298 (3) El diagnóstico precoz y su intervención quirúrgica son necesarios para la prevención de complicaciones como la perforación, peritonitis localizada, peritonitis generalizada y piliflebitis. CONCLUSIONES Las escalas diagnósticas para Apendicitis Aguda son un método muy útil, económico, eficaz y rápido que nos ayuda para mejorar la oportunidad y eficiencia diagnóstica en esta enfermedad, sobre todo en los servicios de atención ambulatoria y de urgencias, donde no gozamos con ayudas diagnósticas como la imagenología.

Este sistema de puntuación es dinámico, lo que permite la observación y la reevaluación crítica de la evolución del

cuadro clínico. Su aplicación mejora la precisión diagnóstica

ya la vez disminuye el número de apendicectomías no terapéuticas y exámenes paraclínicos innecesarios, el tiempo de latencia entre el ingreso y el diagnóstico, y los costos de atención. La puntuación RIPASA es considerablemente mejor que la escala de Alvarado y Alvarado modificada, dicha escala presenta mayor exactitud como prueba diagnóstica, ya que tiene mejor sensibilidad y especificidad sobre todo en la población indígena. El diagnóstico precoz y adecuado reduce significativamente la morbimortalidad y las complicaciones asociadas a esta enfermedad

RECOMENDACIONES Se recomienda Promover el uso de la escala como una orientación diagnostica para apendicitis aguda en el examen inicial del paciente admitido en el servicio de emergencia. Nunca sustituir la escala por la evaluación clínica de pacientes con sospecha de apendicitis aguda.

Dar importancia y ser muy delicados en la elaboración de las historias clínicas

ya que son

una guía para mejorar la detección o diagnóstico oportuno y con ello su tratamiento quirúrgico.

La exactitud diagnóstica puede mejorarse aún más mediante el uso de la ecografía, sin embargo, como práctica de rutina puede subir costo de la atención de salud considerablemente. 12

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.
Right side: As the text appears in the source.
