

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

APENDICECTOMÍA INCIDENTAL: PREVALENCIA DE COMPLICACIONES EN CIRUGIA GINECOLÓGICA NO INFECCIOSA

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de
Especialista en Cirugía General

José Rafael Silva Medrano
Juan Carlos Roa Rojas

Tutor: Roger Escalona Alarcón.

Caracas, noviembre 2017

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECONOLÓGICA (SICHT)
FECHA: 01/11/17

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Nosotros **Juan Carlos Roa Rojas y José Rafael Silva Medrano**, autores del trabajo o tesis, **APENDICECTOMÍA INCIDENTAL: PREVALENCIA DE COMPLICACIONES EN CIRUGIA GINECOLÓGICA NO INFECCIOSA** Presentado para optar: **AL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	*Si Autorizo*
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo solo difundir algunas partes del trabajo
Indique:	

Firmas autores

C.I. º 17711849
C.I º 15392494 *e-mail:* jcarlosroa@hotmail.com
e-mail: josesilvamedrano@gmail.com

En Caracas, a los 01 días del mes de Noviembre de 2017

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

DEDICATORIA

El presente trabajo especial de grado se lo dedicamos a nuestro Dios ya que nos guía por el buen camino, proporcionándonos la fuerza necesaria para seguir adelante y no desvanecer en las adversidades que se presentan, nos enseñó a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desalentarnos en el intento.

A nuestra familia por ellos somos las personas actuales; A nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar. Nos inculcaron lo necesario para crecer como persona, con valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para conseguir nuestros objetivos.

A nuestros adjuntos del servicio de cirugía general y afines quienes brindaron su dedicación y sabiduría a la formación profesional que hoy tenemos, hecho que con tanto cariño y humildad agradecemos.

A nuestros compañeros de postgrado, quienes en el día a día durante los 3 años del programa nos brindaron su ayuda, apoyo, conocimiento y empatía, lo cual fue elemental para ser los cirujanos que actualmente somos y que con tanta devoción ejercemos tan bonita profesión.



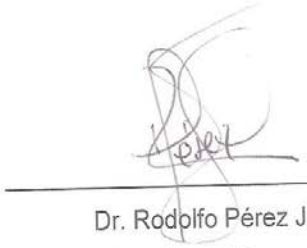
Roger Escalona Alarcón

Tutor



Dr. Roger Escalona

Director del Programa



Dr. Rodolfo Pérez J.

Coordinador del Programa

ÍNDICE DE CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	01
INTRODUCCIÓN	02
MÉTODOS	13
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	17
REFERENCIAS	23
ANEXOS	25

Apendicectomía Incidental: Prevalencia de complicaciones en cirugía ginecológica no infecciosa

José Rafael Silva Medrano, C.I. 15.392.494. Sexo: Masculino, E-mail: josesilvamedrano@gmail.com. Telf: 0414-2357419. Dirección: Hospital General del Oeste. Especialización en Cirugía General.
Juan Carlos Roa Rojas, C.I. 17.711.849. Sexo: Masculino, E-mail: jcroa69@hotmail.com. Telf: 0414-5471786. Dirección: Hospital General del Oeste. Curso de Especialización en Cirugía General
Tutor: **Roger Escalona Alarcón**, C.I. 3.657.036. Sexo: Masculino, E-mail: roger.escalona@gmail.com. Telf: 0414-3239859/0212-9636727. Dirección: Hospital General del Oeste. Magister Scientirium en Cirugía General

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de complicaciones por Apendicectomía Incidental (AI) en pacientes a las cuales se le realicen cirugías ginecológicas de etiología no infecciosa. Métodos: Se realizará un estudio de casos, corte transversal, campo, experimental tipo ensayo clínico en pacientes femeninas con edad mayor a 18 años, atendidas en el Hospital General del Oeste Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" en Caracas durante el período Enero 2013-Diciembre 2014. Resultados: La prevalencia de complicaciones en los pacientes con patología ginecológica que fueron operadas practicándose además AI fue 3,14%. La Edad media de 38 años, no se encontró relación estadísticamente significativa con las complicaciones o estancia hospitalaria. Conclusiones: no existió relación entre la AI y la evolución clínica desfavorable o aumento de la estancia hospitalaria por asociarse este procedimiento a la cirugía principal.

Palabras claves: Apendicectomía Incidental, Cirugía Ginecológica no Infecciosa, Profilaxis.

ABSTRACT

Incidental Appendectomy: Prevalence of complications in noninfectious gynecological surgery

Objective: Evaluate the rate of complications for Incidental Appendectomy in patients who undergo gynecological surgeries of non-infectious etiology. Methods**:** A cross-sectional study of Camp, clinical trial, experimental type in female patients more than 18 years, attended in General Surgery Services of Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernandez" in Caracas, in the period from January 2013 to December 2014. Results: The prevalence of complications in patients with gynecological pathology who were operated practicing in addition AI was 3.14%. The mean age of 38 years, no statistically significant relationship was found with complications or hospital stay. Conclusions: there was no relationship between AI and unfavorable clinical course or increase in hospital stay because this procedure was associated with the main surgery.

Keywords: Incidental Appendectomy, Gynecologic Surgery no infectious, Prophylaxis.

INTRODUCCION

El primer paso para tratar y controlar las enfermedades, es la detección e identificación oportuna de la patología; por ello es esencial en el caso de la Apendicitis Aguda (AA) contar con la experticia y experiencia clínica necesaria que permita identificar este proceso, establecer los diagnósticos diferenciales y tomar las decisiones y conductas más apropiadas para evitar posibles complicaciones. La AA continúa siendo en la actualidad la principal entidad causante de abdomen agudo quirúrgico en el mundo según las estadísticas.[17,29]

La Apendicectomía Incidental (AI) es la resección del apéndice cecal aparentemente sana, en el curso de una laparotomía practicada para corregir una enfermedad que no asiente en dicho órgano, con el fin de prevenir la aparición de una apendicitis aguda, su correspondiente morbilidad y mortalidad o las posibles dudas diagnósticas con esta entidad en el futuro.[1] Desde el punto de vista bioético es considerada una amputación de un órgano sano[1]; por ello, surge el interés de evaluar las complicaciones de la AI en cirugía ginecológica no infecciosa para ofrecer a las pacientes una conducta quirúrgica que las beneficiará. [22]

Planteamiento del problema

El riesgo en general a lo largo de la vida de una AA, es alrededor de un 7% global; 8,6% para los hombres y 6,7% para las mujeres.[3] Se calcula que la tasa de AA a lo largo de la vida es del 7 % de habitantes por grupo etario, estos datos sugieren que por cada 1000 AI se pueden prevenir 52 casos de AA en mujeres entre 15 y 19 años y 24 casos en mujeres entre 35 y 39 años. En personas mayores de 60 años se prevendrían solamente 8 casos, lo que indica que el máximo beneficio lo obtendrían las mujeres en etapa reproductiva.[4]

Su incidencia varia de un continente a otro y de un país a otro. Se reporta que en Europa hay una Incidencia del 7% como el promedio a nivel mundial, en tanto que

en los Estados Unidos se presentan aproximadamente 297.000 casos anuales de AA, correspondiendo al 47% de las causas de apendicectomías en ese país, siendo el procedimiento quirúrgico más frecuente.[5]

Desde 1889, la apendicectomía, se consideró como estándar en el tratamiento de la AA y alcanzando del 1 al 17% de todas las intervenciones quirúrgicas.[6]

En promedio para la población Latinoamericana, el riesgo de padecer AA en es similar, en tanto que en Argentina y en Perú, ocurren 1,33 casos de esta patología por cada 1000 habitantes del sexo masculino y de 0,99 casos por cada 1000 femeninos, teniendo una mayor incidencia entre los 10 a 30 años. En contraste con Chile que reporta una incidencia mayor, oscilando entre 80 a 120 casos x 1000 habitantes. Sin embargo, en Venezuela se presentan unos 60.000 casos anuales, correspondiendo al 40% de las cirugías de emergencia.[7,8,9], dichos resultados sujetos a la condición socioeconómica, por lo que no se cuenta con estadísticas oficiales y existen pocos estudios al respecto.

En el Distrito Capital, específicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospital “Dr. José Gregorio Hernández” de los Magallanes de Catia, de acuerdo a datos aportados por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, durante el lapso 2009-2012 se realizaron un total de 980 apendicectomías, correspondiendo a 245 apendicectomías posterior a procedimientos quirúrgico ginecológicos, donde 73 pacientes presentaron complicaciones[11], [13], [18].

Se define AI como la extirpación del apéndice cecal durante otro procedimiento quirúrgico no relacionado, sin alteración patológica apreciable del apéndice. Los posibles beneficios incluyen la prevención de una apendicectomía de emergencia futura y descartar la AA como diagnóstico diferencial en otras entidades.[10]

La AA es una patología de alta incidencia y prevalencia. Este cuadro muchas veces se presenta sin una sintomatología y signología clara que permita su diagnóstico preciso en tiempo precoz. Por otro lado, el estudio de laboratorio e imagenológico no ha logrado superar a la clínica, por lo que ésta última constituye el pilar fundamental para el diagnóstico preoperatorio.[11]

Muchas veces se cuestiona la AI debido a que el órgano luce macroscópicamente normal al momento de la cirugía, que no está directamente relacionada con el apéndice cecal, mientras que otros grupos quirúrgicos la plantean de gran utilidad para prevención de enfermedad a futuro. Por esta controversia y a la moderada incidencia de AA posterior al acto quirúrgico de etiología ginecológica es que se busca demostrar la baja morbilidad y el beneficio que representa realizar AI en pacientes que se sometan a procedimientos ginecológicos de etiología no infecciosa en los servicios de Cirugía General, del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, Los Magallanes de Catia, Caracas, entre Enero 2013-Diciembre de 2014; buscando así disminuir costos a la nación en materia de salud, evitar un diagnóstico diferencial en casos de dolor abdominal, aminorar gastos en material médico-quirúrgico, días de hospitalización y ausentismo laborar por causas afines, entre otros, relacionados con esta entidad. [31]

Teóricamente, el diagnóstico de AA por ser una afección tan común debería de realizarse fácilmente, no obstante, en la práctica en algunas oportunidades no sucede así y esto ocurre a diferencias atribuibles a los pródromos, automedicación, momento de inicio de la enfermedad, edad de los pacientes, sexo, entre otros.[12] Condición que se hace más compleja en el caso de la mujer por la cantidad de diagnósticos diferenciales que existen.

Con la realización de la AI optimizamos los recursos con los que cuenta el centro asistencial y reducimos los costos, que es la meta de toda institución del sector salud. El diagnóstico oportuno de AA se hace con un margen importante de confiabilidad, siempre y cuando, las escalas se apliquen en forma ordenada y

sistematizada, con un adecuado interrogatorio, exploración física e interpretación adecuada de los exámenes de laboratorios, disponibles en los centros asistenciales.[13]

Justificación

Motivados por la incidencia de la AA en este centro hospitalario 7,44% y lo difícil de su diagnóstico ante presentaciones atípicas, que en ocasiones puede originar complicaciones o la práctica de una cirugía innecesaria constituyendo una carga económica para el sistema sanitario y la integridad del paciente, se plantea la realización del presente estudio.

En el Hospital "Dr. José Gregorio Hernández" de Los Magallanes de Catia, en Caracas durante el lapso 2009-2012, según datos aportados por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, del total de pacientes atendidos en este Centro, 980 resultaron ser casos operados de AA; de las cuales 245 tenían antecedente de cirugía ginecológica no infecciosas. Presentándose en los pacientes operados por esta causa 7,4 complicaciones por cada 100 cirugías realizadas por esta patología, siendo la principal la infección del sitio operatorio en 61 pacientes 83,56% (n=73 pacientes), seguido por peritonitis localizada 80,82% (n=59), peritonitis difusa y perforación intestinal en 19 pacientes (26,03%) respectivamente y sepsis punto de partida abdominal en 16 casos de los operados por apendicitis que representó el 21,92% del total de complicaciones.[31]

Estos números se considerarían para crear protocolos de diagnóstico y tratamiento a nivel de los centros asistenciales por lo cual se requiere de evidencia científica documentada en relación a la aparición de complicaciones por este procedimiento quirúrgico. Evidencia no disponible hasta el momento, ninguna investigación documentada que avale los beneficios de la realización de este procedimiento. Por ello se justifica el realizar la presente investigación que aportará dichos datos.

También contribuirá a disminuir los costos de la atención en salas de observación, emergencia y hospitalización del servicio de cirugía descartando la patología apendicular como etiología de dolor abdominal fomentando así el uso racional del recurso “camas de hospitalización”. Todo ello considerando la actual situación de insuficiencia de recursos en los centros asistenciales públicos y privados de nuestro país.

Será una herramienta de alto valor terapéutico para una patología específica, en este caso AA. Por otro lado, permite discernir y agilizar el tratamiento quirúrgico, disminuyendo las apendicectomías por emergencia.

Antecedentes

En el período entre 1965-1986 se realiza un estudio para demostrar los beneficios de la Apendicectomía Profiláctica (AP), con 5369 laparotomías ginecológicas, donde el apéndice fue removido como medida preventiva en 1.718 casos (32%). Los resultados de los estudios histológicos en los apéndices mostraron una AA en 136 casos (7,9%), en 1118 los casos (65,1%) se encontró una apendicitis crónica, con distinto grado de afectación incluyendo la destrucción total, en 96 casos (5,6%), hubo evidencia de tumor carcinoide, mucocele y la endometriosis y sólo 368 apéndices (21,4%) fueron normales morfológicamente. El alto porcentaje de hallazgos histopatológicos confirma, que el apéndice cecal siendo un órgano linfático rudimentaria parece estar predestinado para cambios inflamatorios. En todos estos casos, el período de recuperación procedió sin complicaciones. Por lo general es posible, para realizar una AP en condiciones óptimas y experimentadas, no aumentando la morbilidad para el paciente. Consideramos, que la práctica habitual de la AP durante laparotomías ginecológicas se justifica.[14]

Al analizar 204 casos operados en el Hospital Naval de Punta Arenas de Chile se concluyen resultados similares.[15] En el mismo país, entre mayo y noviembre de

1991, se realizaron un total de 40 AP por vía laparoscópica por el mismo operador, las edades fluctuaron entre 24 y 43 años, de los cuales 34 fueron varones y 6 mujeres. La media del tiempo operatorio fue de 48 minutos con un rango de 20 a 75 minutos; la estadía hospitalaria media fue de 24 horas, sin complicaciones operatorias ni postoperatorias en esta serie.[16]

Se hizo una revisión de todas las cirugías incidentales realizadas en nuestro país por el Departamento de cirugía del Hospital San Juan de Dios, obteniéndose 106 casos. Dentro de estos podemos destacar que no hubo complicaciones; el promedio de estadía postoperatoria fue de 7 días y el 1,88 % de morbilidad encontrada fue relacionada a la cirugía principal. [17]

En otro estudio retrospectivo en el cual impresiona a la Laparoscopia Diagnóstica que un apéndice cecal se encuentra normal, se pudo mostrar indicios patológicos en el microscopio, y, por lo tanto, no resecar el apéndice puede ser no beneficioso. Se analizaron 48 pacientes que en un período de cinco años (1995-1999), tenían apéndices macroscópicamente normales al finalizar LD. No hubo inconveniente relacionado con el procedimiento y sin complicaciones posteriores; sin embargo, en el resultado histopatológico, se observó mayor incidencia de los cambios patológicos del apéndice en el 58 % de los casos (n = 28).[18]

En otra investigación retrospectiva en el cual de 821 pacientes consecutivos operados de histerectomía total laparoscópica a 257 se les realizó AI, con resultados similares. Aunque todos los apéndices cecales lucían macroscópicamente normales, se documentaron hallazgos patológicos en el 9 % de estos pacientes, incluyendo 3 tumores carcinoides.[19]

En un ensayo donde retrospectivamente se analizaron 106 pacientes con endometriomas ováricos operados por laparoscopia incluyendo la AI, se reportó que de los 106 apéndices resecados, 37(34,9%) histopatológicamente presentó hiperplasia linfoide en 12(11,3%), endometriosis en 14 (13,2%), periapendicitis y serositis en cinco (4,7%) , tumor carcinoide en 3(2,8 %) , y otros patologías en 3(2,8%).[20]

En una Investigación, a 172 pacientes que se les realizó AI tras laparotomía ginecológica, se encontró que el 52 % de estos apéndices tuvo hallazgos histopatológicos anormales siendo la más frecuente hiperplasia linfoide y focos de endometriosis, entre otros como tumor carcinoide y AA (3,48 %).[22]

Marco Teórico

El mecanismo etiopatogénico principal de la AA es la obstrucción de la luz del apéndice cecal, secundaria a fecalitos (resultados de la acumulación de heces y sales inorgánicas en el lumen del órgano), alimentos, bario, hipertrofia del tejido linfático, entre otras, ello conduce, a la acumulación de moco, secreciones, exudado inflamatorio y al sobrecrecimiento bacteriano, aislándose frecuentemente *E. coli* y *B. fragilis*. Ocurre distensión del órgano, hiperemia pasiva, edema, hemorragia y eventual isquemia; los gérmenes invaden el espesor de la pared causando gangrena y licuefacción.[26]

La letalidad en el Apéndice no perforado en general es menor del 1%; sin embargo, puede llegar a ser del 5% en lactantes y ancianos. En el caso de un Apéndice gangrenoso la letalidad es menor (0,6%) comparado con el 5 % que pudiese alcanzar si ocurre perforación. La morbilidad post-quirúrgica puede alcanzar un 18% en todos los pacientes y 1/3 de ellos presentará infección de herida operatoria; este riesgo aumenta a cinco veces más si ha ocurrido perforación. De allí que el pronóstico dependerá de lo temprano que se realice el diagnóstico y del tratamiento quirúrgico oportuno;[27] ello es posible gracias a una historia clínica breve y examen clínico minucioso, pero en otros casos el diagnóstico se torna complejo. Afortunadamente se llega al diagnóstico correcto confirmado por cirugía en un 90% de casos.[28]

En la AI se extirpa el apéndice cecal durante otro procedimiento quirúrgico no relacionado, sin alteración patológica macroscópica apreciable del apéndice. Los

posibles beneficios incluyen la prevención de una apendicectomía de urgencia futura y descartar la AA como diagnóstico diferencial en otras entidades clínicas. [22]

La AI en cirugía ginecológica y obstétrica fue recomendada y efectuada por Fischer en 1909 y por Goldsphon en 1911. Reiner corroboró 100 pacientes que se sometieron a AI en el momento de la cirugía vaginal sin ninguna alteración al momento de la misma. En 1975 Massoudnia comunicó la realización de 225 AI sin complicaciones. La experiencia posterior y la evidencia de la literatura apoyan esa idea y recomiendan que la AI, profiláctica en cirugía ginecológica u obstétrica es un procedimiento seguro y se debe realizar en las mujeres más jóvenes a menos que el apéndice no sea convenientemente accesible o que el estado de la paciente pueda arriesgar su salud por la excéresis de la misma [28].

Con el pasar del tiempo ha habido muchas controversias con la realización de dicho procedimiento de forma rutinaria. En la actualidad algunas de las intervenciones en las que se practica con mayor frecuencia son la histerectomía, salpingectomía, ooforectomía, y la esterilización quirúrgica ya que suele estar más accesible si el cirujano decide extirparlo. En 1967 Loeffler y Stearn comunicaron que solo al 26,5% de 555 pacientes se les realizó AI al momento de una histerectomía. En 1986 Westermann et al comunicaron que el apéndice fue extirpado de manera electiva en el 93 % de 250 pacientes durante el curso de operaciones ginecológicas incluso extensas.[30]

Las 4 principales razones para efectuar una AI son las siguientes: 1) Reducir la mortalidad y la morbilidad futura por desarrollar apendicitis aguda. 2) Eliminar la patología incidental no diagnosticada del apéndice cecal 3) Eliminar el apéndice de la consideración diagnóstica cuando la paciente experimenta síntomas abdominales o pélvicos en el período postoperatorio inmediato y en años futuros 4) Disminuir costos a futuro en material medicoquirúrgico dada la incidencia de apendicitis aguda por grupo etario [22]

Dentro de los Principios generales para la realización de la AI se encuentran:

- Se realizará al final de la operación principal.
- La exposición debe ser buena para garantizar un fácil acceso al apéndice.
- Se asegurará la resección total del apéndice.
- Se cumplirán las medidas de asepsia y antisepsia.
- Se informará adecuadamente al paciente y sus familiares de que ha sido extirpado el apéndice.

Además, existen contraindicaciones para este tipo de intervención quirúrgica y entre ellas tenemos:

- Cirugías de urgencia.
- Mal estado general del paciente.
- Cirugías oncológicas.
- Cirugía principal muy laboriosa.
- Difícil acceso al apéndice cecal.
- Incisión original que dificulte el abordaje del apéndice cecal [28].

Dentro de las complicaciones por una AA podemos encontrar complicaciones inertes al padecimiento y secundarias al procedimiento quirúrgico. Las principales complicaciones esperadas por una apendicectomía se clasifican según el día postquirúrgico en el que se manifiesten, sin ser esto la regla[28].

Habitualmente el curso postoperatorio de una AA sin perforación es de una evolución sin sobresaltos y hay una enorme diferencia con la recuperación tormentosa que pudiese ser la extirpación de un apéndice perforado con gangrena y con peritonitis.

En las primeras 24 horas se puede esperar un íleo reflejo. El dolor abdominal súbito y shock hipovolémico en cualquier momento de las primeras 72 horas de la apendicectomía puede orientar a hemorragia por fuga de arteria apendicular al

disminuir el edema del mesoapéndice y deslizarse el anudado o apretar mucho los nudos de la ligadura; con frecuencia dicha hemorragia es gradual. Como complicación mediata se puede presentar la dehiscencia del muñón apendicular al 2do o 3er día, debido a ligadura inadecuada o necrosis del mismo. La fístula estercorácea ya sería una complicación tardía. El diagnostico de fistula se definirá cuando el paciente presente secreción de contenido fecal a través de la herida operatoria o drenaje de 7 a 10 días posterior al evento quirúrgico. [01], [29]

Objetivo General

Analizar la tasa de complicaciones por AI en pacientes a las cuales se les realicen cirugías ginecológicas de etiología no infecciosa

Objetivos Específicos

1. Analizar las características demográficas y diagnósticas.
2. Determinar la evolución clínica y tiempo de hospitalización
3. Identificar las complicaciones postoperatorias relacionadas con apendicectomía incidental.
4. Determinar la prevalencia de apendicitis en pacientes con antecedentes de cirugía ginecológicas.

Hipótesis

¿La AI realizada durante cirugías ginecológicas de etiología no infecciosa en los servicios de cirugía general no aumenta la morbimortalidad postoperatoria y disminuye cuadros de patología apendicular futuros?

Aspectos Éticos

Entre las implicaciones bioéticas de este trabajo está el acto de extirpar un órgano que se encuentra aparentemente sano durante una cirugía ginecológica, evitando un cuadro futuro de apendicitis aguda u otras patologías asociadas a dicho órgano, previniendo así todas las complicaciones que pudiera acarrear la patología apendicular, sin beneficio propio del cirujano tratante. Para ello se empleará el consentimiento informado, en el cual el paciente sabrá y estará de acuerdo en la realización de dicho procedimiento y de las complicaciones que pudieran presentarse en el postoperatorio. Es de resaltar que se acatará el principio de Autonomía, de ser rechazado la propuesta de formar parte del trabajo, de negarse a firmar el consentimiento informado, quedando excluido de la investigación. Evidentemente, este procedimiento se realizará en beneficio de los pacientes, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. Para ello se le explicará al paciente el procedimiento a realizar y lo provechoso que será para él.

MÉTODOS

Tipo de Estudio

Ensayo clínico de campo, experimental y longitudinal.

Población y Muestra

La población estará conformada por todos los pacientes evaluados por los servicios de cirugía general, llevados a cirugía ginecológica de etiología no infecciosa. La muestra será no probabilística de selección intencional compuesta por pacientes femeninas con edades mayores a 18 años intervenidas por cirugías ginecológicas no infecciosas en el servicio de cirugía general Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, servicio de cirugía durante el período entre enero de 2013-diciembre 2014 que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

1. Planificados para cirugía ginecológica con abordaje abdominal y electivo.
2. Pacientes mayores de 18 años de edad.
3. Pacientes que aceptan y firmen el consentimiento informado para realizar la AI en segundo tiempo quirúrgico.
4. Fácil acceso al apéndice cecal.
5. Cirugías ginecológicas de emergencia en pacientes hemodinámicamente estables.

Criterios de Exclusión

1. Planificados para cirugía ginecológica con abordaje transvaginal.
2. Pacientes menores de 18 años de edad.

3. Pacientes que no firmen el consentimiento informado para realizar la AI en segundo tiempo quirúrgico.
4. Complicaciones transoperatorias de la cirugía ginecológica.

Procedimientos

Una vez admitidos los pacientes y previa autorización a través del consentimiento informado, se procederá a realizar una historia clínica dirigida con énfasis en las variables a ser analizadas en la investigación. Posteriormente, en primer tiempo quirúrgico se realizará la intervención ginecológica y en un segundo tiempo quirúrgico se procederá a localizar el apéndice cecal. Se realizará la AI abierta propiamente dicha apicobasal mas ligadura del mesoapendicular con seda 3-0 y doble ligadura de muñón apendicular con crómico 0 sin invaginarlo. [1, 18, 29]

Para el seguimiento postoperatorio se empleó un instrumento de recolección de datos en el cual se tomará en cuenta: el tiempo total de la cirugía, tiempo de realización de la apendicectomía, número y el tipo de suturas utilizadas, así como el tiempo de inicio de la vía oral, tiempo de hospitalización, las posibles complicaciones inherentes a la cirugía y el diagnóstico histopatológico del apéndice extirpado. Los pacientes serán evaluados a las 6 y 24 horas del postoperatorio inmediato y a diario hasta el momento del alta médica. El seguimiento ambulatorio se hará por consulta externa a los 5 y 10 días de su egreso, hasta los 30 días del postoperatorio. El tiempo de inicio de la vía oral, será medido en horas desde la finalización de la cirugía hasta que se demuestre, clínicamente, el tránsito intestinal, con la presencia de ruidos hidroaéreos y/o expulsión de flato.

Tratamiento Estadístico

Los datos obtenidos por medio del cuestionario fueron tabulados a través del paquete estadístico SPSS versión 17.2 y Excel XP. Se realizará un análisis descriptivo y comparativo, el primero se realizará con medidas de tendencia central

(Promedio y DS) para las variables cuantitativas y de proporción (porcentaje) para las cualitativas. Estos resultados se presentarán a través de tablas y gráficos.

Recursos Humanos

Comprendió a todos los médicos del departamento de cirugía y anestesiología del Hospital General del Oeste, igual que el resto del personal tanto de pabellón como del área de hospitalización de cirugía como: enfermería, camilleros, técnicos-licenciados de laboratorio y banco de sangre, historias médicas, entre otros.

Recursos materiales

En cuanto a la atención del paciente se contó con todos los recursos de los servicios de cirugía, emergencia, laboratorio, anestesiología del hospital correspondiente a una cirugía ginecológica.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos del presente estudio se organizaron en tablas para una mejor comprensión de los mismos, muestra como sigue:

El universo de estudio correspondió a 158 pacientes con afecciones ginecológicas no infecciosas que ameritaron resolución quirúrgica mas AI. La prevalencia de complicaciones en las pacientes operadas de patología ginecológica más AI en el servicio de cirugía general durante el período enero 2013-diciembre 2014, fue 3,14%, significa que la probabilidad que tuvieron las pacientes, posterior a la cirugía ginecológica y AI de presentar complicaciones en el período estudiado fue de cinco (5) casos por cada 100 individuos intervenidos quirúrgicamente.

En el cuadro 1 y 2, se aprecia que en cuanto a la edad, se encontró una media de 38 años (92 pacientes) y en cuanto a la evolución clínica 5 pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio (3/71 en los que duraron 1-2 días hospitalizados en el postoperatorio y 2/88 en los que duraron más de 2 días hospitalizados) lo cual corresponde al 3 % de la muestra.

La mayor incidencia de las pacientes operadas fue por Diagnostico de miomatosis uterina en un 55,9% (89 pacientes), seguido de deseos de esterilización 25,1% (40 pacientes), quistes complejo de ovario uni o bilateral y endrometriosis; evaluable en la tabla 4.

La prevalencia en pacientes con antecedentes de cirugía ginecológicas se presento en 89 pacientes (55,9 % de la muestra estudiada), de las cuales el 26 % debidas a cesáreas, 22 % esterilización quirúrgica, 21 % miomectomía, 14% ooforectomías, 10 % endometriosis, 7 % embarazos ectópicos. Evaluable el detallado de los casos en la tabla 5.

Para la determinación de la asociación entre las variables estudiadas se realizó el cálculo de Pearson, donde se encontró que para un Intervalo de confianza de 95% y p=0,05 y un chi cuadrado esperado de 3,64, el estudio reveló el resultado de chi cuadrado de 0,49 y una p>0,05, por lo que se concluye que no existe relación estadísticamente significativa demostrable entre las variables y por lo tanto no tuvo relación la evolución clínica de las pacientes a quienes se les practicó AI con la estancia hospitalaria.

Con respecto a la presencia de complicaciones en el postoperatorio se encontró que apenas fue un 3%, el cual correspondió en su totalidad a infección del sitio operatorio/seroma, evaluable en la tabla 3

DISCUSION

Similar a los estudios anteriormente citados fueron los resultados de este trabajo.

El Hospital Naval de Punta Arenas tuvo como complicación más frecuente la infección del sitio operatorio.

Con respecto a la edad se encontró variación con los 106 casos del San Juan de Dios donde el promedio de edad fue de 46 años.[17]

En cuanto a la evolución clínica y tiempo de hospitalización, se reportó que el 4,2% de las pacientes operadas con menos de 2 días de hospitalización presentaron complicaciones inherentes a la cirugía; en el caso de las que tuvieron más de 2 días de hospitalización el 2,3% presentó complicaciones en el postoperatorio por lo cual su asociación no fue estadísticamente significativo. Estudios corroboran la seguridad de este procedimiento porque no incrementa las complicaciones ni se asoció la mortalidad, no prolongando la estadía postoperatoria cuando fue realizada, además de implicar un solo acto operatorio, sólo una anestesia, un menor costo y recuperación igual a la cirugía única. No hubo complicaciones a corto plazo de la AI;

el promedio de estadía postoperatoria fue de 2 días y el 1,88 por ciento de morbilidad encontrada fue relacionada a la cirugía principal[17]

Por su parte otro autores refieren que en su estudio el período de recuperación procedió sin complicaciones, en los que una AI en condiciones óptimas y experimentadas, no aumenta el riesgo para el paciente, por ello consideran que la práctica habitual de dicha cirugía durante laparotomías ginecológicas se justifica.[14] Las complicaciones encontradas en el postoperatorio se presentaron en las pacientes en su totalidad correspondientes a infección del sitio operatorio, lo que se corresponde con los hallazgos donde un 3,5% presentó seromas y el 100% realizó actividades normales a los 7 días.

Sin embargo no se presentaron complicaciones operatorias ni postoperatorias en esta serie.[16] En otra investigación de tipo retrospectiva en el cual de 821 pacientes consecutivos sometidos a histerectomía total laparoscópica a 257 se les realizó AI, no se reportaron complicaciones atribuibles a la apendicectomía,[20]

Es de hacer notar que en el presente trabajo no se tomó en cuenta el índice de masa corporal (IMC) de cada paciente al momento de realizar el estudio lo cual puede ser un sesgo debido a que las infecciones del sitio operatorio per se aumentan cuando se asocia el diagnóstico de obesidad por la presencia de seromas. Dicha variable pudiese ser tomada para realizar estudios futuros y mantener la línea de la investigación.

Conclusiones

Se estudió un total de 159 pacientes con requerimientos de cirugía ginecológica y a quienes se les practicó AI, promedio de edad de 38 años y se obtuvo que el 3% de las pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio.

La evolución clínica y tiempo de hospitalización, se reportó que el 4,2% de las pacientes operadas con menos de 2 días de hospitalización presentaron complicaciones inherentes a la cirugía de 1er tiempo quirúrgico y no hubo relación estadísticamente demostrable entre las variables y por lo tanto no tuvo nada que ver la evolución clínica de las pacientes con la estancia hospitalaria.

Las complicaciones encontradas en el postoperatorio se presentaron en las pacientes en su totalidad correspondientes a infección del sitio quirúrgico.

Los hallazgos encontrados en esta investigación son similares a los encontrados en la literatura consultada y por lo tanto se puede dilucidar que la hipótesis planteada en este estudio es verdadera:

"La AI realizada a pacientes sometidas a cirugías ginecológicas de etiología no infecciosa en los servicios de cirugía general del Hospital "Dr. José Gregorio Hernández, no aumenta la morbimortalidad postoperatoria".

Evita morbilidad por patología apendicular futuros.

Disminuye gastos al estado en material médico-quirúrgicos y demás necesarios inherentes a otro procedimiento quirúrgico a futuro por causa apendiculares.

Avalada esta hipótesis por lo encontrado en diversos estudios; la práctica habitual de la AI durante laparotomías ginecológicas se justifica.[14]

No se presentó inconveniente relacionado con la técnica de AI ni efecto negativo por complicaciones posteriores.[18, 21]

Recomendaciones

La inclusión de la AI como un procedimiento seguro y de bajo riesgo que puede evitar complicaciones.

Continuar con las investigaciones de intervención con pacientes en otras patologías abdominales.

Se recomienda el aumento de la muestra en futuras investigaciones sobre el tema y tomar en cuenta el IMC.

AGRADECIMIENTOS

Gracias de corazón a nuestro tutor el Dr. Roger Escalona por el apoyo general brindado, como jefe de departamento quirúrgico y tutor de la presente tesis; por su dedicación, motivación, criterio y aliento. Ha sido un privilegio contar con su guía y su ayuda.

A la Dra. Trina Navas por su tiempo, tolerancia, entusiasmo y orientación metodológica necesaria para la elaboración, sin su colaboración este trabajo hubiese sido tedioso.

Gracias a los pacientes por los deseos de participar y sobre todo por la confianza, sin duda alguna este trabajo no se hubiese podido realizar sin ellos.

Gracias a todo el personal: adjuntos, residentes, enfermeras, transportadores y otros que ayudaron a llevar a cabo las cirugías

Gracias al personal de la UCV, coordinación de estudios de postgrado, por su atención, paciencia y amabilidad, en especial a la Lic. Erika Román.

Y por último pero no menos importante quiero agradecer al personal de historias médicas por su interés, colaboración y permitirnos extraer todos los datos posibles para nuestra investigación. Y a todos aquellos que de alguna manera u otra contribuyeron en la elaboración de la misma; mil gracias!

REFERENCIAS

1.-Sabiston, DC. (1996).Tratado de Patología Quirúrgica. Organización Panamericana de la Salud, Programa PALTEX, Edición 15, Volumen 1, Capitulo 10: 1033-1038.

2.-Addiss D, Shaffer N, Fowler B, Tauxe R (1990).The Epidemiology of Appendicitis and Appendectomy in the United States.Am J Epidemiol 1990 Nov; 132(5):910-25

3.- K.W. Ma, N.H. Chia and H.W. Yeung et al. (2010). If not appendicitis, then what else can it be? A retrospective review of 1492 appendectomies, Hong Kong Med J;16: 12–17.

4.- Ross Zelada, Marcelo. Apendicectomía profiláctica Bol. Hosp. San Juan de Dios. 1985. 32(6):440-5

5.- Pearce C, Torres C, Stallings S, et al. (2008). Apendicectomía electiva en el momento de la operción por cesárea. Am J ObstetGynecol; 199:491.e1-491.

6.- Sitges Serra, A., Barcenilla, F., Serrano, R., García Rodríguez, JA. yColabs. (2005). Pautas de tratamiento antibiótico empírico de las infecciones intraabdominales. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 17(5):221-227.

7.- Sanabria A., Henao C, Bonilla R. (1993). Diagnóstico de Apendicitis Aguda en un Centro de Referencia. Un Enfoque Basado en la Evidencia. Revista Colombiana de Cirugía.Vol 15; No. 3 consultada el 14 de octubre de 2016 en https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-153/cirugia15300-estudios/

8.- Tapia, C., Castillo, R., Ramos, O., Morales, J. y Colabs. (2006). Detección precoz de infección de herida operatoria en pacientes apendicectomizados. Rev.Chilena de Cirugía; 58(3):181-186.

9.- Jaffe, BM. y Berger, DH. (2005) Apéndice. En: Brunicardi, F. (2005). Schwartz Principios de Cirugía. 8a ed. México: Editorial Mac Graw Hill Interamericana; pp. 1119-1137.

10.- Barboza, E. Apendicitis Aguda en la era de la Cirugía Laparoscópica. Rev Gastroenterología Perú. (2002). 22(4): 273-274.

11.- García Montoya W. (2003). Hospital Dr. Osío de Cúa.Laparotomía y cirugía ginecológica. Complicaciones transoperatorias y patología quirúrgica asociada. Revista Médica Electrónica portalesmédicos.com. Conusltada el 14 de octubre de 2016 en: http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/laparotomia-cirugia-ginecologica-complicaciones-transoperatorias-y-patologia-quirurgica-asociada/

12.- Dixon M, Haukoos J, Park I, Oliak D, Kumar R, Arnell T, Stamos M. (2003). An assessment of the severity of recurrent appendicitis.Am J Surg; 186:718-22.

13.- Beltrán, M., Villar, R. y Tapia, T. (2004).Score diagnóstico de Apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Revista Chilena de Cirugía; 56(6): 550-57.

14.- Velázquez Mendoza, JD., Godínez Rodríguez, C. y Vásquez Guerrero, MA. (2010). Evaluación prospectiva de la escala de Alvarado en el diagnóstico de Apendicitis Aguda. RevistaCirujano General; 32: 17-23.

15.- Krone HA, Sperke E. (1989).Preventive appendectomy in gynecologic surgery.Report of 1,718 cases (PMID: 2612843); 49(12):1035-1038.

16.- HilaireRomel, Rodríguez Fernández Zenén, Romero García Lázaro Ibrahim, Rodríguez Sánchez Luis Pablo. Apendicectomíavideolaparoscópica frente a apendicectomía convencional. Rev Cubana Cir [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Oct 14]; 53(1): 30-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034 74932014000100004&lng=es.

17.- Ovalle Letelier, C. y Rivas B., E. (1993).Apendicectomía profiláctica laparoscópicaRev. Chil. Cir; 45(1):42-7, feb. 1993.

18.- Venegas Vergara, J., Mena G., M., Torres T., J. (2000). Cirugía incidental en pacientes sometidos a cirugía abdominal / Incidental surgery in patientsprogramedfor abdominal surgery. Bol. Hosp. San Juan de Dios; 47(4):237-41.

19.- Chiarugi M, Buccianti P, Decanini L, Balestri R, Lorenzetti L, Franceschi M, et al.(2001). “What you see is not what you get”. A plea to remove a 'normal' appendix during diagnostic laparoscopy.ActaChirBelg; 101(5): 243-5.

20.-O'Hanlan KA, Fisher DT, O'Holleran MS. (2007).Incidental appendectomies during total laparoscopic hysterectomy.JSLS; 11(4): 428-31

21.-Wie HJ, Lee JH, Kyung MS, Jung US, Choi JS. (2008). Is incidental appendectomy necessary in women with ovarian endometrioma? Aust N Z J ObstetGynecol; 48(1): 107-11.

22.-Dilek ON, D., Altindis M. y Dilek FH. (2001). Prophylactic appendectomy: is it worth to be done? ActaChirBelg; 101(2): 65-7.

23.- Hun J, Sub J, Wook S, Eop C, Woon J, Hwa J, et al. (2011). Laparoscopic incidental appendectomy during laparoscopic surgery for ovarian endometrioma.Am J ObstetGynecol; 204(28): 1-5.

24.- Peña Fernández, I. Parra Gordo, ML. y Mula Rey, N. (2008). Apendicitis Aguda. Diagnóstico por Imagen; 110:662-669.

25.- Rao PM, Mueller PR. Clinical and pathologic variants of appendiceal disease: CT features. AJR Am J Roentgenol.1998. 170:1335-40.

26.- Wong Pujada, P., Morón, P., Espino Vega, A., Arévalo Torres, J. y Villaseca Carrasco,(2008).CirugíaGeneral. Sistema de bibliotecas SISBIB.Disponibleen: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm [Consulta: 2014, Marzo 20].

27.- Lugo Benedith FR. Comportamiento clínico de la Apendicitis Aguda Gangrenosa y cierre primario de la herida quirúrgica en el Servicio de Cirugía del HEODRA, León. Agosto 2000- Julio 2003. Tesis de Grado para optar al Título de Médico Especialista en Cirugía. (2004). Consultada el 14 de octubre de 2016 en http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/1127/1/188989.pdf

28.Maldonado P, López R. Factores de riesgo en apendicitis aguda complicada en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca. AÑOS: 2006, 2007 Y 2008.
Disponibleen:http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/cirugia_general/comporta_clinico_apendicitis.PDF. [Consulta: 2014, Marzo 2].

29.-Bohnern JM, Solomkin JS, Dellinger EP, Bjornson HS, Page CP. Guidelines for Clinical Care: Anti-Infective Agents for Intra-Abdominal Infection. A SurgicalInfectionSocietyPolicyStatement. ArchSur.1992. 127: 83-89.

30.- ArtajonaRosino A, BlázquezLautre L. y CoboHuici F. Hospital Virgen del Camino Memorias 2004. Navarra.[Documento Online]Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/416C6739-2C09.
468AADBA5703849A5D47/68969/HVCmemoria2005.pdf. [Consulta: 2014, Marzo 2].

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

APENDICECTOMÍA INCIDENTAL: PREVALENCIA DE COMPLICACIONES EN CIRUGIA GINECOLÓGICA NO INFECCIOSA EN EL HOSPITAL Dr. “JOSE GREGORIO HERNANDEZ” DE LOS MAGALLANES DE CATIA ENERO 2013-DICIEMBRE DE 2014

Autores: José Silva, Juan Roa

INFORMACIÓN

Este es un estudio en el cual usted participará si es su deseo. Consiste en realizarle una Apendicectomía, posterior a la Cirugía Ginecológica por la cual se encuentra aquí, para estudio de resultados, los cuales serán confidenciales.

El procedimiento consiste en: primer tiempo quirúrgico se realizará la intervención ginecológica y en un segundo tiempo quirúrgico se procederá a localizar el apéndice cecal y a realizar la apendicetomía convencional (abierta) propiamente dicha con doble ligadura de muñón apendicular con crómico 0, sin invaginarlo.

COMPLICACIONES

Ningún médico puede asegurar completo éxito del procedimiento y ausencia de complicaciones.

Yo…… C. I……..

He sido informado acerca de mi participación en el estudio del procedimiento quirúrgico que se me ha indicado, sus objetivos, características y potenciales riesgos.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice una APENDICECTOMÍA INCIDENTAL, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

_____	_____	_____
Nombre del Médico	Firma	Fecha
C. _____		

_____	_____	_____
Nombre Paciente	Firma	Testigo

Anexo 2

Hoja de Recolección de datos

APENDICECTOMÍA INCIDENTAL: PREVALENCIA DE COMPLICACIONES EN CIRUGIA GINECOLÓGICA NO INFECCIOSA EN EL HOSPITAL Dr. “JOSE GREGORIO HERNANDEZ” DE LOS MAGALLANES DE CATIA ENERO 2013-DICIEMBRE DE 2014

Autores: José Silva, Juan Roa

Nombre y Apellido: Edad HC

Comorbilidades:

Tipo de intervención: Fecha / /

Tiempo de realización de la cirugía _____ min.

Tiempo de realización de la apendicectomía _____ min.

Número y tipo de suturas utilizadas ____ Catgut Crómico 0. Seda 3-0 ____

Tiempo de inicio de Vía oral ____ Horas.

Tiempo de Hospitalización ____ Días.

Complicaciones: Si___ No___

Fuga del muñón apendicular: _____
Fuga de arteria apendicular: _____
Infección del sitio operatorio: _____ Tipo:
Fístula estercorácea: _____
Otras:

_____

Dx. de Egreso:

_____

Dx. de Anatomía patológica:

_____
_____
_____

Control cada 6 horas_____ a los 5 d___ 10 d___ 30 d____
Retiro de sutura: _____ días

Anexo 3.

Cuadro 1.

Edad promedio

Rango de edad	Muestra	Media	Casos	%
36-40 años	159	38 años	91	57.2 %

Fuente: instrumento de recolección de datos de las pacientes operadas de AI

Anexo 4.

Cuadro 2.

Evolución clínica de pacientes operados entre enero 2013- diciembre de 2014

		EVOLUCION CLINICA		
		Complicación	**Ausente**	**Total**
Tiempo de Hospitalización	**1-2 días**	3	68	71
	>2 días	2	86	88
	Total	5	154	159

Fuente: instrumento de recolección de datos de las pacientes operadas de AI

Anexo 5.

Cuadro 3.

Distribución y tipo de complicacionesen pacientes operados entre enero2013- diciembre de 2014

Complicación	**N°**	**%**
Infección del sitio operatorio tipo seroma	5	3
Ausente	154	97
Total	**159**	**100**

Fuente: instrumento de recolección de datos de las pacientes operadas de AI

Anexo 6.

Cuadro 4.

Diagnostico preoperatorios de las pacientes operadas entre enero 2013- diciembre de 2014

Diagnostico	Número de pacientes	%
Miomatosis uterina	89	55.9 %
Deseo de esterilización quirúrgica.	40	25.1 %
Quistes complejos de ovario unilateral o bilateral	21	13.2 %
Endometriosis	9	5.6 %
Total de casos	**159**	**100 %**

Fuente: instrumento de recolección de datos de las pacientes operadas de AI

Anexo 7.

Cuadro 5.

Pacientes operadas de AI con antecedentes de cirugía ginecológica no infecciosas

Antecedente quirúrgico	Número de casos	%
Cesárea	23	26 %
Esterilización quirúrgica	20	22 %
Miomectomía	19	21 %
Ooforectomia	12	14 %
Endometriosis	9	10 %
Embarazo ectópico	6	7 %
TOTAL	**89**	**100 %**

Fuente: archivos del departamento de registros y estadísticas medicas del Hospital Dr. José Gregorio Hernández de los Magallanes de Catia. Enero 2010-diciembre de 2012