



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Trabajo Académico

Laparoscopia en apendicitis aguda con peritonitis complicada en gestante de primer trimestre en clínica particular de Lima marzo 2022

Para optar el Título de
Especialista en Riesgo Obstétrico

Presentado por:

Autora: Portales Tapia, Araceli Del Rosario


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7393-993X>

Asesora: Mg. Arone Palomino, Susana

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0662-942X>

Lima – Perú

2024

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01 REVISIÓN: 01

FECHA: 08/11/2022

Yo, **ARACELI DEL ROSARIO PORTALES TAPIA** egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de Académico **“LAPAROSCOPIA EN APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS COMPLICADA EN GESTANTE DE PRIMER TRIMESTRE EN CLINICA PARTICULAR DE LIMA**

MARZO 2022” Asesorado por el docente: **SUSANA ARONE PALOMINO** DNI **08222066** ORCID **0000-0002-0662-942X** tiene un índice de similitud de (18) (dieciocho) % con código **14912. 443614504** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma
ARACELI DEL ROSARIO PORTALES TAPIA
DNI: 41956798



Firma
SUSANA ARONE PALOMINO
DNI:08222066

Lima, 11 de diciembre del 2024

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón este trabajo a mi familia mi mami desde el cielo me envía bendiciones, mi papa que siempre está guiándome y ayudándome a surgir, a mi esposo, hijos y hermanos por su paciencia, su tiempo y sus palabras de aliento en mi camino profesional y personal

AGRADECIMIENTO

En esta etapa de mi vida académica quisiera expresar mi profundo agradecimiento a mi asesora Susana Arone Palomino por su paciencia, conocimiento y guía en la culminación mi trabajo

A la clínica donde laboro, a los cirujanos Dr. Gambirazio, Dr. Shevchuk y a mi jefa Obstetra Gutiérrez que me apoyaron en el desarrollo del caso clínico y están pendiente que siga surgiendo a nivel profesional y personal

INDICE

Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
Índice.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
ABORDAJE DE LA INVESTIGACION.....	12
Capítulo I : Presentación De Caso Clínico.....	12
Capítulo II : Justificación De La Investigación.....	26
Capítulo III : Antecedentes De La Investigación.....	27
3.1 Antecedentes Internacionales	27
3.2 Antecedentes Nacionales	31
Capítulo IV : Discusión.....	35
Capítulo V : Conclusiones Y Recomendaciones.....	37
5.1 Conclusiones	37
5.2 Recomendaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	43
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	43
GALERÍA FOTOGRÁFICA.....	44

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de apendicitis aguda complicada mediante técnica laparoscópica en gestante de primer trimestre en Clínica privada de Lima en marzo 2022.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y revisión de caso clínico sobre el manejo de Laparoscopia en apendicitis aguda con peritonitis complicada en gestante de primer trimestre en clínica privada de Lima en marzo, 2022. Se realizó revisión de literatura para discusión de caso clínico.

Descripción del caso clínico: Se presenta el caso de un paciente primigesta 7ss, quien ingreso por un cuadro de 2 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal difuso de moderada intensidad asociado a náuseas, vómitos y deposiciones líquidas, mismas que fueron aumentando de intensidad paulatinamente. Mediante la correlación clínico-patológica se llegó al diagnóstico de Abdomen agudo - Apendicitis aguda.

Al paciente se le realizaron exámenes para descartar etiologías infecciosas, fue tratado mediante antibióticos y analgesia, continuando el pase a sala de operaciones donde confirman el diagnóstico de apendicitis con peritonitis generalizada.

Paciente continua hospitalización por 5 días con monitoreo continuo antibiótico terapia analgesia horaria, control de drenaje Jackson pratt y BHE; al encontrarla estable al PO5 se le procede a retiro de drenaje y alta con indicaciones.

Paciente continúa su gestación llegando a término en octubre 2022 vía parto por cesárea con recién nacido vivo sin complicaciones

Conclusión: El diagnóstico de apendicitis aguda en gestante del primer trimestre de una clínica en Lima se basa principalmente en el cuadro clínico correlacionados con exámenes e imágenes diagnósticas.

En este caso en específico se utiliza laparoscopia como técnica menos invasiva donde no evidenciamos complicaciones a corto o largo plazo sobre la madre, el embrión o nacido vivo.

A continuación se presenta el caso, junto con una revisión sobre el tema de apendicitis aguda; abarcando aspectos relevantes sobre su incidencia en la gestación, cuadro clínico y tratamiento.

Palabras clave: Laparoscopia en apendicitis aguda, peritonitis complicada y gestante primer trimestre,

ABSTRACT

Objective: To describe laparoscopy in acute appendicitis with complicated peritonitis in a pregnant woman in the first trimester in a private clinic in Lima in March 2022.

Material and methods: Observational, descriptive, retrospective study and clinical case review on the management of Laparoscopy in acute appendicitis with complicated peritonitis in a first trimester pregnant woman in a private clinic in Lima in March, 2022. Literature review was carried out for case discussion. clinical.

Description of the clinical case: The case of a 7ss primigravida patient is presented, who was admitted for a 2-day history, characterized by diffuse abdominal pain of moderate intensity associated with nausea, vomiting and liquid stools, which gradually increased in intensity. . Through clinicopathological correlation, the diagnosis of Acute Abdomen - Acute Appendicitis was reached.

The patient underwent tests to rule out infectious etiologies, was treated with antibiotics and analgesia, and continued on to the operating room where the diagnosis of appendicitis with generalized peritonitis was confirmed.

Patient continued hospitalization for 5 days with continuous monitoring of antibiotic therapy, hourly analgesia, control of Jackson Pratt drainage and BBB; Upon finding it stable at PO5, the drain was removed and discharged with instructions.

Patient continues her pregnancy, reaching term in October 2022 via cesarean section with a live newborn without complications

Conclusion: The diagnosis of acute appendicitis in a pregnant woman in the first trimester of a clinic in Lima is based mainly on the clinical picture correlated with examinations and diagnostic images.

In this specific case, laparoscopy is used as a less invasive technique where we do not show short or long-term complications for the mother, embryo or live birth.

Keywords: Laparoscopy in acute appendicitis, complicated peritonitis and first trimester pregnant women.

INTRODUCCION

El abdomen agudo quirúrgico (AAQ) se destaca como uno de los asuntos más fascinantes y complicados de las especialidades clínicas en su totalidad. Se puede considerar, en el campo de la medicina, como una de las afecciones más severas y dramáticas, que adquiere mayor relevancia durante la gestación. A menudo, el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes debe ser apropiado para abordar inquietudes relacionadas con un segundo paciente: el feto. (2 – 20)

Se suele considerar que la ejecución de cualquier intervención quirúrgica durante la gestación implica un riesgo medio de parto prematuro. Sin embargo, no es necesariamente la intervención quirúrgica en sí misma la que representa el mayor riesgo, sino la enfermedad subyacente. (12)

En naciones desarrolladas, se reporta un promedio de 9 - 10 casos anuales por cada 10,000 residentes, sobresaliendo en individuos de entre 10 y 30 años (1,3). Se observa un predominio en el riesgo de sufrir apendicitis a lo largo de la vida entre los hombres (8,6%) en comparación con las mujeres (6.4%). Se registra una tasa de 9,6 casos por cada 10,000 residentes en Perú. La apendicitis aguda se categoriza según su gravedad en no complicada, cuando no se presenta perforación del apéndice ni evidencia de peritonismo, y complicada cuando se presenta perforación de la serosa y se observa una reacción peritoneal en el examen clínico. Es sabido que el porcentaje medio de casos complicados de apendicitis varía entre el 16.5% hasta el 25% (2,5) (2 -28)

El diagnóstico de apendicitis aguda durante la gestación puede resultar clínicamente complicado, a causa de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que sufre el organismo. El síntoma habitual de dolor en la región inferior derecho puede ser relegado por el útero en gestación, y otros síntomas, como las náuseas, vómitos y la fiebre, pueden ser vistos como efectos secundarios del embarazo. De manera similar, la leucocitosis puede estar encubierta, ya que la cantidad de glóbulos blancos suele ser alta durante la gestación (2-28)

Es conocido que el cuadro de apendicitis aguda es el motivo más común de abdomen agudo (no obstétrico) en las mujeres embarazadas, con una incidencia estimada de 1 a cada 800 a 1500 gestaciones. Se responsabilizan del 25% de los procedimientos quirúrgicos efectuados en mujeres en gestación, presentándose un poco más en el segundo trimestre.(2-28)

En un entorno adecuado, con alta sospecha clínica, la ecografía ha sido el método primario por imágenes para confirmar la apendicitis; en otra investigación se evidenció que el método mínimamente invasivo de la cirugía laparoscópica durante la gestación es seguro y efectivo, sin repercusiones a largo plazo en la madre, el feto o el niño que resulta. La laparoscopia brinda varias ventajas, entre las que se incluyen una disminución del dolor postoperatorio, una pronta recuperación, escasas complicaciones pulmonares y, en consecuencia, una menor estancia hospitalaria. (3, 12,27.)

CAPÍTULO I: DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO

EMERGENCIA

Paciente de 20 años primigesta de 7ss x fur de gestación ingresa al área de emergencia de una clínica privada de lima el 18 de marzo 2022 a las 22:43 refiriendo dolor abdominal difuso de moderada intensidad asociado a nauseas, vómitos y deposiciones liquidas sin moco; familiares indican que el proceso inicia hace 2 días la cual la evalúan particularmente y la medican con ranitidina, hioscina , paracetamol y dimenhidrinato a horario, pasado 1 día la sintomatología persiste añadiéndose hiporexia y fiebre; 6 horas antes del ingreso dolor se incrementa 10/10 por lo que es ingresada por emergencia

Al examen:

Paciente inicia con dolor en epigastrio, náuseas y vómitos, fiebre; dolor migra a FID

AREG AREH AREN Ventilando espontáneamente

ABD: globuloso signo de mussy positivo

Rha + doloroso a la palpación forma difusa

Indicaciones:

Se canaliza via permeable clna 9% x1000cc a 45 got

Se cursa interconsulta con cirugía

Respuesta interconsulta Cx:

Imp. Dx: Abdomen agudo quirúrgico/ Gestación 7ss

S/s preoperatorios y RQ

Plan de trabajo:

Npo

CLNA 9% x1000cc pasar 250 a chorro, luego 45 got

Ceftriaxona 2 gr. Ev c/ 24 h

Metamizol 2gr ev c/8h lento y diluido

Ranitidina 50mg ev c/8 horas

CFV - BHE

Pasa directamente a sop con preoperatorios y RQ cursados

SALA DE OPERACIONES:

19/08/2024 00:13

Según informe operatorio:

Dx: Abdomen agudo

Apendicitis aguda con peritonitis generalizada

Apendicitis aguda con absceso peritoneal

Procedimiento: AA + CCE M incisión punto palmer, ingreso punta de veres , formación de neumoperitoneo, ingreso de t1, ingreso de t2 y t3 bajo visión directa, liberación de adherencias laxas, aspiración de secreción purulenta, identificación de hallazgos descritos , apendicetomía clásica , electro fulguración de meso apendicular con bipolar, ligadura de base con nudo intra corporeo con vicryl 1., revisión de hemostasia , aspiración y lavado profuso de cavidad con 8 litro hasta obtener liquido claro , se retora apéndice cecal en bolsa de guante por trocar 10mm, se coloca drenaje Jackson pratt que sale por trocar supra púbrica, cierre de puertos

Hallazgos Operatorios:

Secreción purulenta de 1.5litros distribuida en 4 cuadrantes, abscesos interasas múltiples, subhepatico, en espacio de Douglas, asas intestinales delgadas inflamadas, edematizadas friables, llena de contenido. Abundante fibrina interasas. Apéndice cecal de 10*2 cm aprox. perforada en 1/3 medio, de posición paracecal externa ascendente, con 1/3 proximal subserosa, base indemne, ciego poco móvil. Plastronada por epiplón y asas delgadas. Útero grávido posición pélvica correspondiente aprox a 7 ss.

Estado de paciente al terminar operación es estable

Destino: RECUPERACION

(Se envía biopsia quirúrgica con pieza operatoria a área anatomopatología)

RECUPERACION 4 HORAS 03:00

INDICACIONES POST SOP

1. Npo.
2. Nacl9% 1000 cc 50 gts x min
3. Ceftriaxona 2 g ev c/24 horas
4. Clindamicina 600 ev cada 8 h
5. Paracetamol 1gr ev cada 8 h
6. Ranitidina 50 mg ev cada 8 horas
7. Dimenhidrato 50 mg ev prn a náuseas y vómitos
8. Deambulaci3n y ejercicios respiratorios precoces
9. Control de drenaje
10. Sonda Foley permeable
11. Cfv + BHE

EVOLUCION: paciente de 17 a1os de edad sexo femenino con dx gestaci3n de 7 semanas + po laparotomía diagn3stica x abdomen agudo debido a apendicitis aguda con peritonitis + drenaje Jackson pratt. Con Glasgow 15 puntos, ligeramente p3lida, ap.resp: mv pasa en acp, abd: neb. Blando depresible rha (+), en mesogastro drenaje Jackson pratt con 80 cc de secreci3n serohemática, presenta vía periférica en ambos miembros superiores, con sonda Foley permeable orina de aspecto colúrico.

Adm. Clindamicina a las 2.30am

Monitoreo del drenaje Jackson pratt, 20cc.

Paciente hemodinamicamente estable, queda en obs. pasa a su habitaci3n

Ingreso al área de hospitalizaci3n 19/03/2024 04:13

Paciente primigesta de 7ss aproximadamente, post operada de laparoscopia en peritonitis generalizada +/- 4 horas, se encuentra despierta, afebril, lotep, ventilando espontáneamente, piel y mucosas semihidratadas, abdomen blando y con presencia de 3 puntos laparosc3picos donde del punto del hipogastrio proviene un dren Jackson pratt con secreci3n serohemática, movilidad de extremidades

Se brinda comodidad y confort

Posee una vía periférica en mmss. Izquierdo pasando CINA a 50 gts por min

Se controla funciones vitales

Paciente en observación

8 horas post operación

Evaluación por médico tratante

Síntomas:

Leve dolor postoperatorio.

Examen físico:

P.a. 90/60 mm. Hg., fc 86 x min., fr 18 x min. Diuresis horaria 0.7 ml/hora, peristaltismo ausente, Glasgow 15. Abdomen blando, depresible, no peritoneal, peristaltismo ausente.

Apreciación y comentario

Se solicitó evaluación por el medico intensivista para posibilidad de transferencia a uci.

Plan de trabajo

Npo

Clna 0.9 % 50 gotas x min

Paracetamol 1 g ev c 8 horas

Ranitidina 50 mg ev c 8 horas

Ceftriaxona 2 g ev c 24 horas

Clindamicina 600 mg ev c 8 horas

Transfusión de plasma fresco congelado 1 unidad.

BHE, diuresis horaria

Monitoreo horario en una hoja

Control de drenaje

Deambulacion y ejercicios respiratorios precoces

Interconsulta a ginecología

Interconsulta a terapia intensiva

Observación clínica

Respuesta interconsulta

Medicina intensiva:

Dx: peritonitis generalizada x apendicitis perforada/gestante 7ss

Sugerencias:

Mejorar hidratación

Control diuresis horario

Control temperatura horario

Se volverá a reevaluar según indique médico tratante

Ginecología:

Primigesta 7 semanas de 17 años intervenida qx. Por apendicitis con peritonitis y cuadro séptico se encuentra recuperada con abdomen ligeramente doloroso, no signos peritoneales

De acuerdo con medicación, no afectara a gestación

Se solicita ecografía obstétrica para valorar bienestar embrionario

Evaluación obstétrica

Paciente adolescente primigesta de 7ss, po inmediato de laparoscopia por peritonitis generalizada, despierta, lotep, afebril, ventila espontáneamente, piel y mucosas semihidratadas, abdomen b/d doloroso a la palpación, presenta tres puntos laparoscópicos punto de hipogastrio conectado a dren Jackson pratt con secreción serohemática, vías periféricas en ambos miembros superiores con catéter n° 20 permeable para hidratación y tratamiento, moviliza extremidades,

sonda Foley (colúrica)

PO1 20/03/2022

Evaluación medica

Leve dolor post operatorio

Hemodinamicamente y neurológicamente estable, normo tensa, normocardica, normo térmica, normopneica, Glasgow 15, sat o2 98%

Examen físico

Abd: blando depresible no peritoneal peristaltismo presente, prácticamente fisiológico

Evolución clínica favorable sin complicaciones hasta este momento

Plan de trabajo

1. dieta líquida amplia a tolerancia
2. Nacl 0.9% 30 gotas/min
3. Paracetamol 1gr ev cada 8 horas
4. Petidina 50 mg ev prn a dolor
5. Metoclopramida 10 mg ev cada 8 horas
6. Ranitidina 50 mg ev cada 8 horas
7. Magaldrato 1 cuchara vo cada 6 horas
8. Ceftriaxona 2gr ev cada 24 horas
9. Clindamicina 600 mg ev cada 8 horas
10. Furosemida 20 mg ev stat
10. Control de drenaje

11. BHE

12. Deambulaci3n y ejercicios respiratorios activos

13. Se le retira sonda Foley

Evoluci3n obst3trica

Paciente primigesta de 7ss, po1, de laparoscopia por peritonitis generalizada, despierta, lotep, afebril, ventila espont3neamente, piel y mucosas semihidratadas, abdomen b/d doloroso a la palpaci3n, presenta tres puntos laparosc3picos punto de hipogastrio conectado a dren Jackson pratt con secreci3n serosa, v3as perif3ricas en ambos miembros superiores con cat3ter n3 20 permeable para hidrataci3n y tratamiento, ap3sito manchado de secreci3n serosa, con sonda Foley orina amarillo claro, se evidencia edema ++ MMII

Se controla fv

Indica retiro de sonda Foley

11am paciente con micci3n espont3nea y

Se controla funciones vitales a horario

Se administra tratamiento indicado

Se sienta al sill3n al paciente

17:50 paciente realiza micci3n espontanea, a3n persiste edema en mmii medico eval3a indica una ampolla m3s de furosemida stat

Paciente deambula por momentos,

Afebril, tolera dieta

17:36 se cumple con indicaci3n m3dica iniciar tratamiento de enaxoparina 60mg s/c

Paciente se monitoriza fv

2: am paciente refiere dolor de cabeza se avisa a m3dico residente quien indica adelantar paracetamol, y se le dio 15ml de magaldrato,

6am paciente refiere que pudo descansar un momento

Queda en compañía de su mama

Dren Jackson Pratt: 30cc secreción serosa

Queda en observación

PO2 21/03/2022

Evaluación medica

El día de ayer tuvo edema leve de la pierna derecha

Refiere dolor en fosa iliaca derecha. Se le ha hecho correcciones sospechando trombosis de pierna derecha

Examen físico:

Leve edema de ambos pies, no edema de piernas, no dolores en pantorrillas a la palpación. Hemodinamicamente y neurológicamente estable, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, no evidencia de peritonitis, abdomen blando, depresible, peristaltismo presente, drenaje Jackson-pratt 130 ml de residuos pos lavado abdominal

Apreciación

Se sospecha de trombosis vascular de pierna derecha en una gestante

Plan de trabajo

Db + lav

Clna 0.9 % vía

Paracetamol 1 g ev c 8 h.

Ceftriaxona 2 g ev c 24 h.

Clindamicina 600 mg ev c 8 h.

Ranitidina 50 mg ev c 8 h.

Magaldrato jarabe 1 cuch. Vo c 6 h.

Enoxaparina 60 mg sc c 24 h

I/c ginecología

I/c cirugía cardiovascular

I/c medicina interna

Ecografía obstétrica 1er trimestre

Ecografía abdominal completa

Ecografía doppler de ambos miembros inferiores

Realizar todos los análisis de laboratorio indicados hoy día urgente

Control de drenaje

Medias antitromboticas a ambas piernas

Por indicación de gineco obstétrica agregar Progesterona micronizada 200ug intravaginal c/24hpor 1/7 días

Respuesta interconsultas

Medicina interna:

Problemas:

Sd.edematoso

Edema mmii derecho

Apendicitis aguda complicada en po de apendilap

Gestación 7ss x eco

Sugerencias:

Restringir aporte hídrico

Priorizar ingresos en dieta

Mantener bh negativo

Solicitar dímero d y perfil hepático

Se revaluara a solicitud

Ginecología:

Al momento buena evolución de la gestación, no signos de amenaza de aborto

Por antecedente quirúrgico riesgo de aborto persiste aproximadamente por 1 semana

Sugerencias:

Progesterona micronizada 200ug i/v c/24h x 7 días

Reevaluación a solicitud

Cardiovascular:

según

Eco doppler venoso: no signos de trombosis en mmii

Eco doppler arterial: no hallazgos significativos, permeabilidad conservada de arterias estudiadas

Sugerencias:

Medias compresivas

No tributario de manejo por especialidad

Suspender enoxaparina

Evolución obstétrica

7:30 has paciente femenina po2 de laparoscopía por peritonitis, se encuentra en habitación lucida, ventilando espontáneamente, hemodinámia estable, mucosas hidratadas, tórax simétrico abdomen b/d no doloroso, con 4 puntos laparoscópicos portadora de un drenaje Jackson pratt con secreción serohemática, micción espontanea, se evidencia mmii edema +

13:00 se cumple tratamiento

Se cursa interconsulta medicina interna dejando sugerencias

14:30 se cursa interconsulta a ginecología dejando sugerencias

16:00 cfv

22:00 paciente no refiere q se cumpla progesterona v.v

Se cursa interconsulta cardiovascular

24:00 se cumple tta

7:30 queda en obs

PO3 22/03/2022

Leve dolor postoperatorio

Examen físico

Sin hallazgos patológicos, evolución clínica favorable

Plan de trabajo:

Dieta completa hiperprotéica + lav

Clna 0.9 % vía

Ceftriaxona 2 g ev c 24 h

Clindamicina 600 mg ev c 8 h

Control de drenaje

Deambulación activa y ejercicios respiratorios

Cfv

Observación clínica

17:05 por indicación de médico tratante:

Ranitidina 50 mg c/8h ev

Magaldrato+ simeticona 2 cucharadas, después de desayuno-almuerzo y cena

Evaluación obstétrica

8:00 am paciente mujer adolescente se encuentra despierta lotep en compañía de familiar, post operada apendilap + peritonitis presenta 4 puntos laparoscópicos, no se evidencia enrojecimiento en puntos de incisión. Presenta drenaje Jackson pratt con drenaje de color seroso, se moviliza con apoyo, micciona espontáneamente.

Se apoya en comodidad y confort.

Tolera vo.

Se controla funciones vitales estables.

Se administra tratamiento indicado

- se administra clindamicina 600 mg ev.

Se administra magal d vo.

Se administra ranitidina ev.

Paciente queda en observación.

PO4 23/03/2022

Actualmente asintomática. El día 22.03.22 por la tarde presento dolor en región iliaca derecha

Examen físico:

Abdomen blando, depresible, sin dolor, peristaltismo presente, fisiológico. Normotensa, normocardica, normo térmica, normopneica, Glasgow 15, sat. O2 98%. Drenaje 130 ml en 24 h

Apreciación clínica

Evolución clínica quirúrgica favorable, sin complicaciones. No presenta complicaciones de embarazo.

Plan de trabajo

Dieta completa hiperprotéica + lav

Clna 0.9 % via

Ceftriaxona 2 g ev c 24 h

Clindamicina 600 mg ev c 8 h

Ranitidina 50 mg ev c 8 h

Magaldrato 1 cuchara vo c 6 h

Control de drenaje

Evolución obstétrica

Paciente se encuentra acompañada de familiar, dx post laparoscopia por peritonitis, se encuentra despierta, afebril, lotep, ventilando espontáneamente, piel y mucosas hidratadas, abdomen blando, asimismo posee 3 puntos laparoscópicos y en el punto del hipogastrio está cubierto con gasa y de ahí nace un dren Jackson pratt con una secreción serosa clara, paciente no refiere dolor, micción espontanea, movilidad de extremidades.

Se controla funciones vitales

Se adm. tratamiento indicado

Paciente en observación constante

14:00 paciente tolera muy bien dieta

Se administra tratamiento indicado

Paciente en observación

PO5 24/03/2022

Leve dolor en región iliaca derecha y leve edema de ambos pies

Examen físico

Hemodinamicamente y neurológicamente estable, ginecológicamente y obstétricamente sin complicaciones. Abdomen blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en región iliaca derecha, peristaltismo presente, drenaje mínimo. Se le retira el dren Jackson-pratt.

Apreciación

Evolución clínica es favorable, sin complicaciones.

Plan de trabajo

Alta médica para tratamiento y seguimiento ambulatorio

Evolución obstétrica

Paciente ventila espontáneamente, se le realiza curación y retira dren Jackson pratt Le da alta con indicaciones. Lleva medicinas cefalexina 9 tab y paracetamol 9 tab

CAPITULO II: JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

La complicación quirúrgica menos habitual durante la gestación es la Apendicitis Aguda. Propone problemas para el diagnóstico debido a las alteraciones fisiológicas características del embarazo, siendo el dolor abdominal el síntoma más destacado. (7-3).

En las mujeres embarazadas, los diagnósticos diferenciales se incrementan debido a las complicaciones relacionadas con la gestación y la alteración del estado clínico debido a las modificaciones anatómicas y fisiológicas que implica el embarazo. Entre estos, el diagnóstico diferencial más común es la pielonefritis. Con menor frecuencia, pueden aparecer ruptura del cuerpo lúteo, torsión anexial, embarazo ectópico en otras situaciones desprendimiento de placenta, labor de parto pre término, salpingitis, adenitis mesentérica, neoplasias, diverticulitis o parasitosis intestinales; Así pues, este es un cuadro que necesita un procedimiento quirúrgico urgente. La detección tardía está vinculada directamente con un incremento en la morbilidad materno-fetal. (4 –7-9).

La realización de este caso clínico fue determinar qué perfil estableció las bases para el diagnóstico temprano y tomar la decisión correcta a favor de la madre y del feto; la cual conlleva a la laparoscopia en donde evidenciaron complicaciones que determinaron seguir con drenaje post cirugía para así continuar con tratamiento antibiótico y control monitorizar el progreso de la gestación sin complicaciones.

Por tal motivo es de suma importancia la presentación de este caso clínico es tener un énfasis a la adecuada identificación y manejo de la gestación, lo que nos permitirá disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad fetal.

CAPITULO III: ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales:

Choi JJ, Mustafá R, Lynn ET, en su estudio realizado en el año 2011, en EEUU, realizaron un estudio en hospital Muont Sinai sobre Apendicetomía durante el embarazo en el cual reporta que la apendicitis es la emergencia quirúrgica no obstétrica más frecuente durante el embarazo, con una incidencia estimada del 0,04% al 0,2%. Usualmente se considera que realizar cualquier intervención quirúrgica durante el embarazo implica un riesgo medio de parto prematuro. Sin embargo, no es necesariamente la cirugía en sí misma la que representa el mayor riesgo, sino la patología subyacente. En gran medida, los resultados están vinculados con el diagnóstico rápido y el tratamiento adecuado. Los datos señalan que tras la apendicectomía en la mujer embarazada, la tasa de mortalidad fetal oscila entre el 1% y el 5% para los apéndices no perforados y perforados, respectivamente.

El diagnóstico de apendicitis aguda durante la gestación puede resultar clínicamente complicado, a causa de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que sufre el organismo.

Diversas investigaciones han evidenciado que no hay diferencia en cuanto a riesgo entre efectuar una apendicectomía abierta y laparoscópica. Sin embargo, las alteraciones hemodinámicas durante la cirugía laparoscópica durante la gestación, son parecidas a las que se observan sin embarazo y la aparición de un aborto, nacimiento prematuro o fallecimiento fetal, parecen estar vinculadas con la enfermedad subyacente, sin importar la intervención quirúrgica.

Los antibióticos que no son recomendados durante la gestación, no se suelen administrar para la profilaxis habitual en las apendicectomías. Todas las pacientes en esta investigación fueron sometidas a antibióticos durante la cirugía y todos los antibióticos proporcionados fueron categorizados como de categoría B por la FDA, lo que sugiere que no existe evidencia de daño fetal. La aplicación del metronidazol en mujeres embarazadas sigue siendo polémica y la recomendación clínica sugiere su uso durante el primer trimestre de la gestación.

(3)

Carlos Moreno, Ana Pascual – Pedreño, Joaquin Picazo-yeeste, en una experiencia personal descrita en un artículo de diciembre 2005 de una revista de cirugía española explica que los impactos del neumoperitoneo en el feto y la ocupación del espacio operatorio por el útero en gestación han provocado que el embarazo sea visto como una contraindicación para la cirugía laparoscópica. El propósito de su investigación es proporcionar su experiencia con la apendicectomía laparoscópica durante la gestación, examinar la evidencia científica existente acerca de su seguridad y determinar los factores prácticos más pertinentes para la aplicación de este método en la mujer embarazada.

Material y procedimientos. Efectuamos un análisis retrospectivo de 6 casos de apendicectomía laparoscópica en pacientes embarazadas. Adicionalmente, examinamos la bibliografía existente donde se registran casos bien documentados de apendicectomía laparoscópica en este tipo de paciente.

Conclusiones. Todos los procedimientos se finalizaron mediante una intervención laparoscópica. La duración media de la operación fue de 46 min. Todas las pacientes obtuvieron el alta hospitalaria en las primeras 48 horas después de la cirugía, sin que se presentaran problemas postoperatorios. Los neonatos mostraron un peso apropiado para su edad gestacional y los indicadores de salud fetal resultaron ser satisfactorios al nacer. En relación con la bibliografía examinada, se han escogido 17 estudios que presentan información de 94 apendicectomías laparoscópicas efectuadas en pacientes en gestación. Solo se documentó un caso de fallecimiento fetal en relación con el método de tratamiento y la tasa de mortalidad fetal no excedió la alcanzada tradicionalmente con el método tradicional.

Resultados. El procedimiento de apendicectomía laparoscópica en la paciente embarazada es tan efectivo y seguro como el método abierto, y ofrece todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. (8)

Bolívar-Rodríguez, Cazarez-Aguilar, FierroLópez, Romero-Aguilar, Lizárraga-González, Morgan-Ortiz en un artículo en México, en 2014, en un hospital de segundo nivel especializado en atención a la apendicitis aguda durante la gestación, se mencionan 4 casos que indican que el objetivo es detallar las características clínicas de estos casos, diagnosticados durante un mes y cuatro días (del 5 al 8 de agosto del 2012); donde cuatro pacientes

embarazadas acudieron al servicio de Urgencias con dolor abdominal agudo. Las pacientes fueron internadas en el hospital y evaluadas por los doctores del departamento de Ginecología y Cirugía General: el diagnóstico fue "probable apendicitis aguda". Por ello, se realizaron intervenciones quirúrgicas y se confirmó el diagnóstico en todas las pacientes.

Se detalla cada caso de manera individual desde los procedimientos para alcanzar el diagnóstico, tratamiento y progreso clínico del embarazo durante la etapa trans-operatoria y pos-operatoria. Las propiedades generales y los hallazgos de laboratorio de los casos estudiados.

Durante el preoperatorio, a las pacientes se les prescribió 100 mg de indometacina por vía rectal cada 12 horas en tres dosis, además de 1 g de ceftriaxona intravenosa en una sola dosis. En el periodo postoperatorio, todas las pacientes recibieron un tratamiento parecido en el área de hospitalización quirúrgica, donde siguieron recibiendo 1 g de ceftriaxona cada 12 horas y 3 dosis de indometacina. Posteriormente, los gineco-obstetras realizaron una evaluación y establecieron el estado fetal y la falta de actividad en el útero.

Se dieron de alta tras 24 horas debido a una mejoría clínica, diagnosticadas con apendicitis aguda y embarazo, tras una operación de apendicectomía por laparotomía. Se les prescribió: antibióticos, analgésicos, anticonceptivos y se les convocó a una consulta externa para seguimiento posoperatorio, con cita abierta a Urgencias en caso de datos alarmantes (dolor, fiebre, etc.)(10)

Rafael Martínez Tejada, Alejandro Díaz, Erika Reyes, Berenice Domínguez, César Zambada En un estudio de investigación realizado en México en 2005, se identificaron 11 casos de apendicectomía en mujeres gestantes, de los cuales el 45.45% se llevó a cabo a través de una técnica laparoscópica y el 54.55% a través de una técnica abierta. El promedio de edad fue de 25 años (intervalo de 15 a 35). El promedio de edad gestacional fue de 27 semanas (intervalo de 18 a 34). Tres mujeres estaban atravesando el primer trimestre de gestación, siete se encontraban en el segundo y una en el tercer. Las metodologías anestésicas empleadas incluyeron: Un caso requirió bloqueo espinal, otro bloqueo peridural y ocho requirieron anestesia general balanceada.

El elevado número de casos con anestesia general balanceada se atribuye a que las intervenciones quirúrgicas se llevaron a cabo mediante técnica laparoscópica, siendo la anestesia general el método de elección en estos pacientes. En ninguna de las situaciones se observó el inicio del parto, seguimiento fetal durante el transanestésico ni tratamiento farmacológico antiembólico. En situaciones de anestesia general equilibrada, el medicamento halogenado más empleado para prolongar la cirugía fue el sevoflurano (71%), seguido por el isoflurano (29%). Los inductores más frecuentemente utilizados fueron Propofol y Tiopental, ambos presentes en el 50% de los casos (11)

Eduardo Girón-Villalobos, Jorge Arturo Aviña-Valencia, Guadalupe Iris Esperón-Lorenzana, Laura Ramírez-Padilla, Moisés Franco-Valencia, José Trejo-Suárez realizaron la presentación de un caso con revisión bibliográfica en el hospital general xoco - México sobre apendicectomía laparoscópica en el embarazo temprano en el año 2013; en donde indica que la apendicitis aguda es la afección quirúrgica más común durante la gestación que puede provocar problemas obstétricos si no se atiende a tiempo. Hay disputa en torno a la elección quirúrgica adecuada, especialmente desde la implementación de la laparoscopia, que se aplica en cualquier trimestre de la gestación. Caso clínico: Mujer de 27 años, diagnosticada con apendicitis aguda y con un embarazo de 4.3 semanas confirmado por ultrasonografía.

El Hospital General Xoco, perteneciente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, llevó a cabo una apendicectomía mediante laparoscopia. Se detectó un apéndice edematoso, con un absceso en su extremo y un notable incremento de volumen uterino en la laparoscopia; se llevó a cabo una apendicectomía y se secó la cavidad. En la fase posoperatoria, progresó sin problemas abdominales u obstétricos a temprana edad, con un seguimiento óptimo del embarazo y sin evidencia de complicaciones. Conclusiones: se verificó la seguridad de la laparoscopia en pacientes que están en el primer trimestre de la gestación, ya que a largo plazo no se han reportado problemas ni en la madre ni en su recién nacido. (12)

Antecedentes Nacionales:

Tapia, R., Pacheco, J., & Malaverry, H. publico un estudio en el año 2015 sobre Apendicitis aguda en la gestación y puerperio donde indica que el objetivo fue analizar los casos de apendicitis aguda que suceden durante la gestación y el puerperio, tomando casos de un grupo de pacientes gestantes y puérperas que fueron atendidas por apendicitis aguda confirmada por investigaciones anatomopatológicas; la investigación mostró que la incidencia de apendicitis aguda fue inferior en comparación con otras complicaciones durante la gestación, y se demostró que en este porcentaje mínimo predominó la apendicitis en las gestantes en segundo lugar en el escenario específico en el caso determinado

Contenido: En los servicios de urgencias de obstetricia y cirugía, se atendieron a trece pacientes gestantes o puérperas por apendicitis aguda. LOCAL: Edgardo Rebagliati Martins Hospital Nacional. DISEÑO: Análisis detallado de 13 casos de apendicitis aguda, corroborados por análisis anatómo-patológico, que tuvieron lugar durante la gestación y el periodo de gestación desde enero de 1995 hasta marzo de 1996 (15 meses). Durante ese periodo, se atendieron 10626 nacimientos y se llevaron a cabo 1271 apendicectomías. CONSIDERACIONES: Se registró una incidencia de apendicitis aguda de 1/817 nacimientos (0,12%), y un porcentaje del 1,02% en gestantes, predominando en el segundo trimestre y con mayor frecuencia en primíparas y multíparas, con una edad media de 30,7 años (DS 4,22).

Se reportaron dos casos de apéndice sin cambios relevantes (15,38%), dos fallecimientos fetales y ninguna muerte materna. Se aborda el estado clínico y las repercusiones de la patología apendicular y del procedimiento quirúrgico en el desarrollo de la gestación. (25)

Alva, J., & Pacheco, J. (2015). Abdomen agudo ginecoobstétrico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, nos da a conocer que el objetivo es Revisar casos de abdomen agudo ginecoobstétrico (AAGO) que han sido operadas; teniendo como resultado que el AAGO más común fue el hemorrágico, especialmente en casos de embarazo ectópico complicado, seguido por el AAGO vascular, particularmente por quiste de ovario con pedículo

torcido; y la mayoría de los AAGO infecciosos inflamatorios fueron en realidad anexitis, por lo que no se justificaron una laparotomía. En un tercio de los casos, había patología dependiente de los ovarios, la mayoría debido a quiste en el pedículo torcido y que concluyeron en una ooforectomía. Existió un caso de hidrosalpinx en torsión.

La enfermedad vinculada a la gestación, parto o puerperio se produjo en la mitad de los casos y se caracterizó por un embarazo ectópico roto en la mayoría de las situaciones. Se registraron menos casos de apendicitis aguda, quistes en el ovario a pedículo torcido, ruptura uterina, perforaciones uterinas, hemorragias post-cesáreas, pelviperitonitis por aborto séptico, parametritis puerperal, obstrucción intestinal y traumatismo abdominal

La mujer en la etapa reproductiva puede desarrollar enfermedades abdominopelvianas que necesitan intervenciones quirúrgicas de urgencia. La detección de abdomen agudo en una mujer puede ser dificultosa debido a la existencia de un embarazo. La gestión del AAGO demanda experiencia, un diagnóstico adecuado y un tratamiento a tiempo. El uso de ecografía y laparoscopia en la sala de emergencia, complementado con exámenes especiales como las gonadotrofinas coriónicas subunidad beta y pruebas hematológicas, puede mejorar el diagnóstico preoperatorio. (26)

Aguirre F. Complicaciones postquirúrgicas de la apendicectomía convencional en relación a la apendicectomía laparoscópica en gestantes.

Perfil epidemiológico. Hospital Sergio Bernales en el año 2014 – 2016. Univ.

Ricardo Palma 2018 Nos detalla que en la gestación, la apendicitis aguda representa la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, con una incidencia de 1 de cada 1500 casos. En nuestra nación, no existen investigaciones sobre la aplicación de la técnica laparoscópica en gestantes, su relación con la morbimortalidad o su perfil epidemiológico. Métodos: Investigación descriptiva, comparativa y retrospectiva en mujeres embarazadas después de ser operadas de apendicitis aguda en el Hospital Sergio Bernales. Se empleó el programa estadístico STATA v.14 para su uso. Y para el estudio descriptivo fue mediante mediciones de tendencia central y de dispersión en variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas en variables discretas. Adicionalmente, se realizó una evaluación de la comparación de proporciones

de las variables de interés mediante el método del chi cuadrado. Resultados: En nuestro entorno, la apendicectomía convencional es la intervención quirúrgica más comúnmente reportada (55.33%). En cuanto a las complicaciones postoperatorias, la infección en las heridas postoperatorias (41.94%) fue más común en el grupo de apendicectomía tradicional, mientras que la fiebre (32%) y el íleo postoperatorio (40%) fueron más comunes en la apendicectomía laparoscópica.

Dentro de las complicaciones obstétricas, el aborto (48.39%), la posibilidad de un parto prematuro (41.94 %) y la muerte intrauterina (9.68 %) se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de apendicectomía tradicional, con un 58.07 % de fallecimiento perinatal. Conclusión: La aparición de complicaciones obstétricas, como el aborto y la muerte intrauterina, fue más frecuente en la apendicetomía tradicional. La apendicetomía laparoscópica puede representar una opción segura frente a la cirugía tradicional para la apendicitis aguda en mujeres gestantes, minimizando de esta manera el peligro de fallecimiento perinatal. (27)

Figuroa C, Liza S., Vallejos C. Manejo De Apendicitis Aguda En Gestantes De Primer, Segundo Y Tercer Trimestre, Atendidas

En El Hospital Nacional Cayetano Heredia En Lima-Perú Durante El Periodo 2014-2019 Y Características Asociadas nos menciona que el Objetivo:

Describir el manejo de la apendicitis aguda en mujeres embarazadas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) en Lima, Perú durante el periodo 2014-2019. Material y Procedimientos: Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo de gestantes diagnosticadas y operadas por un cuadro de apendicitis aguda. Se llevó a cabo el análisis de las historias clínicas, eliminando aquellas con datos deficientes o que no satisfacían los criterios de selección. En conclusion se registró una media de 27 años (DS=7.13). Los casos de apendicitis aguda fueron más frecuentes en el tercer trimestre de la gestación (11 casos). El síntoma principal en todas las pacientes fue el dolor abdominal y el resultado más común al examen físico fue el signo de McBurney (78. 58%). Se llevó a cabo una ecografía abdominal en 18 casos, de los cuales 17 (94.44%) presentaron resultados positivos para apendicitis aguda. La laparotomía se aplicó en 28 situaciones. Las complicaciones más habituales fueron la infección en el sitio de

operación y la infección en el tracto urinario. No se registró mortalidad tanto materna como fetal. (28)

A Cvetkovic-Vega, Wendy Nieto-Gutierrez nos reporta un caso de Apendicitis aguda en gestante; publicado en Facultad de Medicina, Universidad de San Martín de Porres, donde no indica que el diagnóstico de la apendicitis aguda es complicado debido a las alteraciones fisiológicas del embarazo que provocan cuadros clínicos confusos. Informamos sobre un caso de una gran multigesta de 27 años de 22 semanas 3/7, donde se diagnosticó clínicamente apendicitis aguda, siendo operada sin problemas y hallándose un apéndice necrosado, corroborado posteriormente con anatomía patológica. Es crucial subrayar el papel de la anamnesis orientada al examen clínico centrado en las alteraciones fisiológicas durante la gestación. Una detección temprana y una gestión interdisciplinaria facilitarán una disminución notable de los riesgos maternos y fetales asociados a esta enfermedad, y tanto la eliminación del apéndice como la prolongación del embarazo. (29)

CAPITULO IV: DISCUSION DEL CASO CLINICO

En su investigación, el Dr. Erick Basurto indica que la incidencia de apendicitis en mujeres embarazadas en México supera lo reportado en la literatura, siendo más común en el segundo trimestre de la gestación. En este estudio, la escasa morbilidad y mortalidad se atribuyen a un elevado índice de sospecha y a la intervención precoz, casi todas antes de las 24 horas de evolución. (7-13).

Siendo en este caso que describe a paciente gestante de primer trimestre que al ingreso presenta sintomatología característica del cuadro, siendo la más relevante las náuseas, vómitos, fiebre y dolor abdominal irradiado a fosa iliaca derecha: el no haber referido dolor en zona pélvica, sangrado vaginal, o pérdida de líquido y correlacionando con los exámenes tomados confirmarían el diagnóstico de apendicitis aguda.

El Dr. Calderón, el Dr. Rodríguez y el Dr. Gómez, en sus investigaciones determinan que el embarazo provoca alteraciones, que modifican el diagnóstico de Apendicitis Aguda en la gestación, por lo que se debe sospechar, y cuando se considere, se debe, solucionar de manera inmediata (menos de 24 horas), para prevenir una perforación. Se Tiene que priorizar la evolución clínica y exámenes de laboratorio que sean más ágiles y nos confirmen el diagnóstico. El doctor debe informar rápidamente sobre estos resultados para que el cirujano opere y se solucione a tiempo.. (1-19 – 20 -21)

Paciente con el diagnóstico definitivo es trasladada inmediatamente a sala de operaciones para el procedimiento de apendicetomía laparoscopia con probabilidad de apendicetomía abierta según evalúen la complejidad del caso

El Dr. Jaime Orlando y la Dra. Olga Restrepo coinciden en sus investigaciones que la laparoscopia tiene las ventajas conocidas sobre la laparotomía, especialmente en mujeres embarazadas por la reducida probabilidad de hernia incisional, especialmente cuando la paciente durante el embarazo va a requerir una cirugía por motivo obstétrico; una menor necesidad de analgésicos y, por

ende, una baja exposición del feto a sustancias potencialmente tóxicas. Además, la laparoscopia soluciona el dilema de dónde llevar a cabo la incisión para la apendicectomía cuando esta se llevará a cabo de manera abierta. Al final, la decisión se basará en la experiencia y el criterio del cirujano. (1-10-14 – 15)

Se continuo con la técnica laparoscópica donde confirman apendicitis aguda + peritonitis y el post operatorio queda con 1 dren Jackson pratt que se localizan en zona supra púlica.

Doctores Rojas, mosella y bendezú también están de acuerdo en que investigaciones han evidenciado que, a pesar de estos progresos, la laparotomía continúa siendo el método preferido en situaciones complicadas o dudosas. Finalmente, parece que tanto la apendicectomía como la colecistectomía laparoscópica son tan seguras como las técnicas correspondientes de laparotomía en pacientes gestantes. Sin embargo, siempre hay un riesgo de problemas perinatales en esta población, sin importar el método de acceso abdominal. (1-16 – 17 – 18)

Finalmente paciente continuo su estancia hospitalaria sin evidenciar signos de alarma que conlleven a una complicación obstétrica o en su defecto a una muerte materno – fetal.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- En conclusión en el pasado, el embarazo representaba una absoluta contraindicación para los procedimientos laparoscópicos; hoy en día, se considera seguro y confiable para la madre y el niño debido a la baja incidencia de complicaciones; no obstante, todavía se opta por la intervención abierta debido a la elevación y desplazamiento del ciego y del apéndice hacia el útero gestante y la elevada probabilidad de una apendicitis aguda complicada.
- Hay pruebas científicas que evidencian que la apendicectomía laparoscópica resulta tan segura y efectiva como la apendicectomía abierta en pacientes gestantes con apendicitis aguda sin complicaciones, y es particularmente aconsejable en pacientes obesas debido a su accesibilidad y a la capacidad de solución con baja incidencia de complicaciones.
- En la situación mencionada, la apendicectomía laparoscópica efectuada durante el primer trimestre de la gestación resultó ser una alternativa de tratamiento segura y efectiva. y aunque se sospechaba la complicación de encontrar líquido purulento en cavidad, se pudo actuar de manera eficaz y evitar así una probable infección que pueda afectar a futuro a la madre y al feto en el postoperatorio.

Recomendaciones

- Dar preferencia a la evaluación por especialidad para que se pueda manejar los casos con rapidez y eficacia para evitar así la mortalidad materna y fetal
- Priorizar la anamnesis y el examen físico exhaustivo sumado a pruebas de laboratorio e imágenes como la ecografía.
- Enfocarse en la confirmación oportuna del diagnóstico y la pronta intervención para disminuir la morbimortalidad tanto de la madre como del embrión, permitiendo la continuación de la gestación superado el cuadro.

- En el caso presentado sucede en una centro de atención particular pero se debería extender la rapidez eficacia en el diagnostico en los centros de primer nivel contando con especialistas que puedan actuar con celeridad en este tipo de circunstancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología - versión impresa ISSN 0138-600X / Rev Cubana Obstet Ginecol v.37 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2011
2. Apendicectomía en la embarazada. Experiencia en un hospital público chileno -Jean Michel Butte B1, a, M Fernanda Bellolio Ab, Francisca Fernández Lb, Marcel Sanhueza G1, Sergio Báez V1, Rodrigo Kusanovich B1, Eduardo Viñuela F1, Rogelio González P2, 4, Martha Pruyas A3, Verónica Díaz A4, c, Jorge Martínez C1, 5. - Rev. méd. Chile v.134 n.2 Santiago feb. 2006
3. Apendicectomía durante el embarazo, Autor: Choi JJ, Mustafa R, Lynn ET, Divino CM J Am Coll Surg 2011; 213(5): 627-632
4. Apendicectomía laparoscópica y embarazo. Experiencia personal y revisión de la bibliografía. Vol. 78. Núm. 6.Diciembre 2005 páginas 341-402
5. Ruiz Velasco Santacruz, A., Martínez Guajardo, N. G., Cuéllar López, F. L., Díaz Elizondo, J. A., Félix Arce, C., & Flores Villalba, E. (2017). *Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 44(2), 56–60.
6. Gómez Montes, E., Blanco Guerrero, M., Izquierdo Rodríguez, A., Manosalvas Martínez, P., Puente Águeda, J. M., Luisa Aznárez Alonso, M., & Hernández García, J. M. (2009). Apendicitis y gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 52(3), 160–165.
7. Barber-Millet, S., Bueno Lledó, J., Granero Castro, P., Gómez Gavara, I., Ballester Pla, N., & García Domínguez, R. (2016). Actualización en el manejo del abdomen agudo no obstétrico en la paciente gestante. *Cirugía Española*, 94(5), 257–265.
8. Moreno-Sanz, C., Pascual-Pedreño, A., Picazo-Yeste, J., Corral-Sánchez, M. A., Marcello-Fernández, M., & Seoane-González, J. (2005). Apendicectomía laparoscópica y embarazo. Experiencia

personal y revisión de la bibliografía. *Cirugía Española*, 78(6), 371–376.

9. Apendicitis durante el embarazo. Experiencia en el Hospital General Toluca Dr. Nicolás San Juan Salvador Flores-Ramírez, José Luis Flores-Morales, Adolfo Fuentes-Rivas Servicio de Cirugía General, Hospital General Toluca Dr. Nicolás San Juan, ISEM.
10. Bolívar-Rodríguez MA, Cazarez-Aguilar MA, FierroLópez R, Romero-Aguilar RE, Lizárraga-González H, Morgan-Ortiz F. Apendicitis aguda durante el embarazo: reporte de 4 casos. *Ginecol Obstet Mex*
11. Apendicitis durante el embarazo. Manejo anestésico y experiencia en el Centro Médico ABC Rafael Martínez Tejeda,* Alejandro Díaz,* Erika Reyes,* Berenice Domínguez,** César Zambada*
12. Eduardo Girón-Villalobos,¹ Jorge Arturo Aviña-Valencia,² Guadalupe Iris Esperón-Lorenzana,¹ Laura Ramírez-Padilla,¹ Moisés Franco-Valencia,² José Trejo-Suárez en el año 2013 HOSPITAL GENERAL XOCO – MEXICO
13. Apendicitis y embarazo. Experiencia en el Hospital Ángeles México Acute appendicitis during pregnancy. Experience at the Angeles Mexico Hospital Dr. Erich OP Basurto Kuba, Dra. Osbelia Martínez Gudiño, Dr. Gustavo Olmos Ramírez, Dr. Rafael Buitrón García Figueroa - *Cirujano General* Vol. 28 Núm. 4 – 2006
14. Apendicitis en el Embarazo - Jaime Orlando Gutiérrez Sánchez, En el Hospital San Juan de Dios de Yarumal, Antioquia, Colombia, entre marzo de 1996 y septiembre de 2002, *Revista Colombiana de Cirugía* *Cirugía*. 18 No. 2. – 2003.
15. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 69 No. 2 • Abril-Junio 2018 • (124-131) - DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA - *Olga Isabel Restrepo-Castro, MD MSc1 ; Nicolás Granados-Casallas2 ; Carla Patricia Usta-Stavoli, MD3 ; Marcos Fidel Castillo-Zamora, MD4* Recibido: julio 10/17 – Aceptado: mayo 9/18

16. *Abdomen agudo en el embarazo* - Guillermo Julián Sarmiento, Carolina Milena Rosero-Botina, Johanna Andrea Sarzosa-Romero², María Alejandra Solís-Parra - Rev Colomb Cir. 2017;32:102-8
17. *Patologías quirúrgicas en el embarazo* *Surgical pathologies in pregnancy* Mario Acosta Olmedo¹ María Raquel Segovia - Rev Nac (Itauguá) 2016;8(1):3-9
18. *Apendicitis aguda en el embarazo* - Felipe Mosella V*, Carolina Ibáñez G*, Corina Barrientos B, Jorge Varas C. - REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE. 2007; VOL 2 (3): 215-220
19. FACTORES QUE DETERMINAN EL RIESGO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES GESTANTES CON APENDICITIS AGUDA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2004-2009” - JORGE ALBERTO BENDEZÚ ORTEGA
20. *PERFIL DE PRESENTACIÓN DE LA APENDICITIS AGUDA EN LA PACIENTE EMBARAZADA: Mejorando la exactitud diagnóstica en un Hospital General Sánchez Arias*, Mario Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. San José, Costa Rica. – Revista médica de la universidad de Costa Rica. Volumen 2 Numero 1, artículo 6 - marzo 2008.
21. *ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL EMBARAZO* Dr. Wilson Laffita Labañino, Dr. Iván Rodríguez Terrero, Dr. William Jiménez Reyes, Emanuel Jeremías Fernández - HOSPITAL GENERAL DOCENTE “OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA” BARACOA - noviembre de 1996 hasta noviembre de 2005.
22. *Presentación atípica de apendicitis en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso* - Milton César Gómez, Claudia Lucía Castro Valencia – revista colombiana Salud Libre – 2016; 1(2): 149 – 153.
23. *Emergencias* : revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias – Rubio Manzanares – Dorado M – Senent – Boza A, Duran – Muñoz – Cruzado V. Tallon – Aguilar L, Pareja – Ciuro F, Padilo – Ruiz J. – PUBLICADO 2018 vol.: 30 (4) pp: 261 – 264

24. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXV
(586)361-364;2008
25. Tapia, R., Pacheco, J., & Malaverri, H. (2015). Apendicitis aguda en la gestación y puerperio. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 42(3), 59–63
26. Alva, J., & Pacheco, J. (2015). Abdomen agudo ginecoobstétrico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, IPSS. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 41(2), 51–55.
27. Aguirre F. Complicaciones postquirúrgicas de la apendicectomía convencional en relación a la apendicectomía laparoscópica en gestantes. Perfil epidemiológico. Hospital Sergio Bernales en el año 2014 – 2016. Univ. Ricardo Palma 2018
28. Figueroa C, Liza S., Vallejos C. Manejo De Apendicitis Aguda En Gestantes De Primer, Segundo Y Tercer Trimestre, Atendidas En El Hospital Nacional Cayetano Heredia En Lima-Perú Durante El Periodo 2014-2019 Y Características Asociadas.
29. A Cvetkovic-Vega, Wendy Nieto-Gutierrez, Apendicitis aguda en gestante: Un reporte de caso; Universidad Continental, Lima-Perú, Facultad de Medicina, Universidad de San Martín de Porres, **Lima-Perú. Rev. Fac. Med. Hum. vol.20 no.3 Lima jul. /sep. 2020**

ANEXOS: Ficha de identificación

Historia Clínica:		DATOS PERSONALES		Numero de Cama:	
Nombre:		Fec.Nac.	30/04/2004	Edad:	17
Sexo:	FEMENINO	Estado Civil:	SOLTERO(A)	Telefono:	
Pais:	Perú	Departamento:	LIMA	Provincia:	LIMA
Documento:		Dirección:	CALLE 1 COOP		
Cen.Tr.:		Cond.Paciente:	1		
(*) Posee Seguro Médico => SI ___ No ___					
DATOS DE HOSPITALIZACION					
Fec. Ingreso:	18/03/2022	Hora de Ingreso:	22:43	Origen:	HOSPITALIZACION
Grupo Medico:	SHEVCHUK SHEVCHUK , PETRO LEONIDOVICH			Gravedad:	
Medico Tratante:	SHEVCHUK SHEVCHUK , PETRO LEONIDOVICH				
Diagnostico:	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA				
Procedencia:					
DATOS DEL TITULAR					
Facturar a:	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.			Poliza:	
Tipo Garantia:		Carta:		Monto:	0.00
Nombre Titular:					
FAMILIAR RESPONSABLE					
Nombre:		Documento Ident.:		Telefono:	
Domicilio:		Parentesco:			

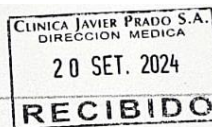
Usuario Hosp.: DLLANOS

FIRMA

Galería fotográfica



Universidad
Norbert Wiener



Lima, 14 de setiembre de 2024

CARTA Nº 018-2024-DFCS-UPNW

Dr. Enrique Solórzano Barrera
Director Médico de la Clínica Javier Prado.

Presente. -

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de expresarle mi cordial saludo en nombre propio y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener, a quien represento en calidad de Decano.

Mediante la presente se autoriza a la Obstetra. **PORTALES TAPIA ARACELI**, estudiante de la Segunda Especialidad de Riesgo Obstétrico de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, para que pueda realizar la revisión de historias clínicas en su digna Institución, con propósito de desarrollar su investigación.

TITULO DE INVESTIGACIÓN:

"LAPAROSCOPIA EN APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS COMPLICADA EN GESTANTE DEL PRIMER TRIMESTRE EN CLINICA JAVIER PRADO, MARZO 2022"

Sin otro particular quedo de usted, reiterándole mi especial estima y consideración.

Atentamente,

GARCÍA PORTOCARRERO Ginger Miriam
Directora Académica
Escuela de Ciencias de la Salud

CARTA EXTERNA N°217-2024-DM/CJP
San Isidro, 11 de noviembre del 2024

Señores
UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

Presente. -

Atención : Garcia Portocarrero Ginger Miriam
Directora Académica

Asunto : Autorización para investigación Académica

De nuestra especial consideración,

Me dirijo a usted en mi calidad de Director Médico de Clínica Javier Prado, para expresar nuestra autorización y apoyo a la estudiante Araceli del Rosario Portales Tapia, quien está inscrita en el programa de Obstetricia de su universidad, para que pueda llevar a cabo una investigación en nuestras instalaciones.

El tema propuesto para la tesis, Laparoscopia en Apendicitis Aguda con Peritonitis complicada en Gestante del Primer Trimestre en Clínica Javier Prado - marzo 2022. Nuestra Institución garantizará que el trabajo se desarrolle de acuerdo a los protocolos establecidos y en un entorno de respeto y confidencialidad. Asimismo, brindaremos el acceso necesario a los recursos e información que sean pertinentes para el desarrollo de la investigación, siempre dentro del marco de nuestras políticas internas y normativas legales.

Con esta autorización, confirmamos nuestro compromiso con el proceso académico del estudiante y nuestra disposición para colaborar en su formación profesional, dentro de las condiciones acordadas entre la universidad y nuestra institución.

Agradecemos su atención y quedamos a su disposición para cualquier consulta adicional que pueda surgir respecto a este proceso.

Atentamente,


CLINICA JAVIER PRADO S.A.

Dr. ENRIQUE SOLÓRZANO BARRERA
Director Médico
C.M.P. 31554 / R.N.E. 16562

CLINICA JAVIER PRADO Código: FO - DME -001 Fecha 01/02/2011 Versión 01	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS
--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS

En concordancia con el consentimiento informado, el paciente o representante legal, en estricto cumplimiento de la Ley General de Salud, manifiesta su consentimiento para la realización de la correcta aplicación y uso de las intervenciones quirúrgicas, y de los procedimientos, en estricto cumplimiento de la Ley General de Salud.

Yo, Don / Doña _____, como paciente.

Ó Don / Doña _____, como su representante legal, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente.

Expongo:

Que he sido debidamente INFORMADO (A) por el Dr.: SHEVCHUK con CMP N° _____ en entrevista personal realizada el día _____ que es necesario se me realice la intervención quirúrgica O PROCEDIMIENTO denominado (a): _____

Además he recibido información completa y suficiente sobre la naturaleza y propósito de la cirugía o procedimiento, así como los beneficios, alternativas y medios con que cuenta la clínica para su realización; así también como de los potenciales riesgos para mi salud de no ser realizada, como Sepsis a su vez, he sido informado de las molestias o consecuencias previsibles de dicho acto médico, así mismo de los riesgos potenciales que implica dicha cirugía/procedimiento como son: ISO, Hemorragias

A la vez he recibido información completa y suficiente sobre los beneficios y riesgos que pueda ocasionar la administración del anestésico que sea más conveniente conforme al criterio del anestesiólogo, a transfusiones de sangre y/o plasma según el criterio del médico tratante, así como otros procedimientos médicos quirúrgicos necesarios y/o complementarios.

Igualmente, he recibido información completa y suficiente sobre la conveniencia de someter cualquier tejido u órgano que sea extirpado a estudio anatómo - patológico para el bienestar de mi salud.

Manifiesto:

Que he entendido y estoy satisfecho (a) de todas las explicaciones y precisiones recibidas sobre el proceso quirúrgico o PROCEDIMIENTO citado y OTORGO MI CONSENTIMIENTO (sin haber sido objeto de coacción, persuasión ni manipulación POR PARTE DEL MEDICO INFORMANTE NI POR NINGUN OTRO PERSONAL DE SALUD PARA QUE SEA REALIZADA EN MI PERSONA LA INTERVENCION QUIRURGICA (O PROCEDIMIENTO) DE:

Laparoscopia Diagnostica

Adicionalmente te doy consentimiento que de encontrar el cirujano un hallazgo que pueda resolver simultáneamente sin poner en riesgo mi salud y evitando de esta manera una nueva intervención para resolver este problema, realice también el procedimiento complementario, situación que queda establecida como aceptada.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Lima, 18 de marzo del 2022

Firma del Paciente
DNI N°: _____



Huella Dactilar

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (conyugue, padre, madre, tutor, etc.) Consignar Nombre y Apellidos y grado de parentesco.

[Firma]
Firma del Representante Legal
 DNI N°: _____



Médico tratante: _____
 He informado a este paciente y/o a su representante legal del propósito y naturaleza de _____ así como sus beneficios, riesgos y alternativas.
 Lima, ____ de _____ del 201 ____

Firma y sello del médico tratante
 CMP: _____ RNE: _____



Revocación del Consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en la fecha ____ de _____ del 201 ____ ya que no deseo proseguir con la realización de _____ procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.
 Lima, ____ de _____ del 201 ____

Firma del Paciente

Sello y Firma del Médico

Nombre del representante legal: _____

Firma del Representante Legal
 DNI N°: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA

Yo, Don/Doña: _____ Nro de Historia Clínica: _____
 Don/Doña: _____ como paciente. O
 _____, como su apoderado o representante legal,
 identificado con DNI-CE: _____

Reconozco que he sido informado en forma amplia, clara y precisa de los riesgos y beneficios de someterme al Procedimiento Anestésico, necesario e indispensable para llevar a cabo mi operación y/o controlar y curar mi enfermedad, o para fines diagnósticos y estudios complementarios. También soy consciente de que inherentes a los anestésicos y medicamentos utilizados como respuesta de mi organismo ante los mismos y de los cuales desconocía previamente. También he sido informado de:

1. Posible accidentes producidos por el Instrumental Médico-Anestésico utilizado como: Hojas de Laringscopia; pinzas de Maguil; guías de intubación; sondas endotraqueales; cánulas de Guedell; Mascarillas Laríngeas y/o faciales; agujas de Tuohy y de Requidea.
2. Posibles complicaciones como son: Absorción masiva del anestésico, perforación accidental de la duramadre que pueda ocasionarme cefalea, dirección errónea del catéter (colocación endovascular), Toxicidad aguda generalizada, daño neurológico por (aguja o catéter), lesiones a raíces nerviosas que puedan ocasionarme adormecimientos, dolor quemante o calambres, hematoma epidural y excepcionalmente paraplejía e infección
3. Que en el caso de que la Técnica Anestésica Epidural diera un bloqueo Incompleto, o presencia de dolor durante la operación, puedo requerir Anestesia General con sus riesgos y beneficios que pueden ser sumatorias
4. El procedimiento Anestésiológico que autorizo se denomina: *Procedido: Laparoscopia Dupont*
 - 4.1 Anestesia General Endovenosa _____
 - 4.2 Anestesia General Inhalatoria _____
 - 4.3 Anestesia Regional en las siguientes modalidades:
 - A.- Endovenosa _____
 - B.- Bloqueo Plexal _____
 - C.- Bloqueo Epidural _____
 - D.- Bloqueo Epidural para parto sin dolor _____
 - 4.4 Monitoreo Mínimo con Anestesia Local _____

Quedo debidamente informado que puedo estar predispuesto a presentar reacciones alérgicas adversas e indeseables a los anestésicos, medicamentos y soluciones utilizadas durante mi Intervención Quirúrgica y que puedan requerir tratamientos complementarios médico o quirúrgico, e inclusive poner en peligro mi vida

5. Así mismo, SI NO Autorizo plenamente la utilización de Sangre y sus Derivados en caso fuera necesario y lo que esté amenazando mi vida
 He comprendido lo leído en este consentimiento y sus explicaciones, quedando aclaradas todas mis dudas por lo que estoy satisfecho(a) de la información recibida

Por todo lo anteriormente expuesto SI NO acepto el procedimiento anestésico, comprendiendo el alcance de los riesgos y beneficios, por lo cual firmo este consentimiento por mi propia voluntad en presencia o no de mis testigos y/o familiares sin estar sujeto a ningún tipo de presión o coacción; por lo anterior es mi decisión AUTORIZAR al especialista de someterme al procedimiento Anestésico.


 NOMBRE, APELLIDO Y FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE
 DNI: _____


 ANESTESIOLOGO CMP-RNE

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mi persona en cualquier momento antes de la realización del procedimiento o cirugía.
 REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO.

..... Huella digital ()
 FIRMA DEL PACIENTE (o su representante legal)
 NOMBRES Y APELLIDOS: _____
 N° DNI: _____

SAN ISIDRO, DE DEL 201

REPORTE OPERATORIO

Página 1 de 1
 Fecha 2024 - 08 - 31
 Hora 02:20:39

Datos del Paciente

Nombre y Apellidos		N° 6118	
Edad 20	Sexo Femenino	N° H. Clinica	Codigo OA 0000113621
Fecha Operacion 18/03/2022		Hora Inicio 00:13	Hora Fin 02:00
Tipo Anestesia General		Cama 412	Sala SALA 02

Equipo Quirurgico

Anestesiólogo NEIRA CORDOVA, LEONOR
 Cirujano SHEVCHUK SHEVCHUK, PETRO LEONIDOVICH
 1er. Ayudante OLIVERA VILLANUEVA, MARCIA LISANDRA
 2do. Ayudante GAMBIRAZIO KELLER, AURELIO GIORDANO
 3er. Ayudante
 Instrumentista MONTES SORIA, NATALY EMILIA
 Circulante
 Perfusionista
 Otros NINGUNO

Diagnosticos

Pre Operatorio 1 R10.0 ABDOMEN AGUDO
 Pre Operatorio 2
 Pre Operatorio 3
 Post Operatorio 1 K35.0 APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZ
 Post Operatorio 2 K35.1 APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL
 Post Operatorio 3
 Post Operatorio 4
 Post Operatorio 5

Complejidad Tecnología Laparoscópica Principal

Operaciones Realizadas

1era. Operacion	081112	LAPAROSCOPIA EN PERITONITIS GENERALIZADA	<input type="checkbox"/>
2da. Operacion			<input type="checkbox"/>
3era. Operacion			<input type="checkbox"/>
4ta. Operacion			<input type="checkbox"/>
5ta. Operacion			<input type="checkbox"/>

Descripcion de la tecnica(s) o Procedimiento(s) Realizado(s)

AA+CCE, INCISION PUNTO PALMER, INGRESO DE AGUJA DE VERES, FORMACION DE NEUMOPERITONEO, INGRESO DE T1, INGRESO DE T2 Y T3 BAJO VISION DIRECTA, LIBERACION DE ADHERENCIAS LAXAS, ASPIRACION DE SECRECION PURULENTO, IDENTIFICACION DE HALLAZGOS DESCRITOS, APENDICECTOMIA CLASICA, ELECTROFULGURACION DE MESO APENDICULAR CON BIPOLAR, LIGADURA DE BASE CON NUDO INTRACORPOREO CON VICRYL 1., REVISION D EHEMOSTASIA, ASPIRACION Y LAVADO PROFUSO DE CAVIDAD CON 8 LITROS HASTA OBTENER LIQUIDO CLARO. SE RETORA APENDICE CECAL EN BOLSA DE GUANTE POR TROCAR 10 MM, SE COLOCA DRENAJE JACKON PRATT QUE SALE POR TROCAR SUPRAPUBICA, CIERRE DE PUERTOS

Incidencias ocurridas durante el Intraoperatorio

NINGUNO

Hallazgos Operatorios

SECRECION PURULENTO DE 1.5LITROS DISTRIBUIDA EN 4 CUADRANTES, ABSCESOS INTERASAS MULTIPLES, SUBHEPATICO, EN ESPACIO DE DOGLAS, ASAS INTESTINALES DELGADAS INFLAMADAS, EDEMATIZADAS FRIABLES, LLENA DE CONTENIDO. ABUNDANTE FIBRINA INTERASAS. APENDICE CECAL DE 10*2 CM APROX PERFORADA EN 1/3 MEDIO, DE POSICION PARACECAL EXTERNA ASCENDENTE, CON 1/3 PROXIMAL SUBSEROSA, BASE INDEMNE, CIEGO POCO MOVIL PLASTRONADA POR EPIPLON Y ASAS DELGADAS. UTERO GRAVIDO POSICION PELVICA CORRESPONDIENTE APROX A 7 SS

Estado del Paciente al Terminar la Operacion

ESTABLE

Destino del Paciente

RECUPERACION


Solicitud de Examen

Anatomopatologico

1 BIOPSIA QUIRURGICA CON PIEZA OPERATORIA

No Si Observaciones

COPIA


 SHEVCHUK SHEVCHUK, PETRO LEONIDOVICH
 CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA
 CMP: 32683 RNE: 11285
FIRMA Y SELLO DEL CIRUJANO

INFORME DE ALTA

Página 1 de 1
Fecha 2024-08-31
Hora 02:21:07

Historia Clínica
372301

Nombre y Apellidos : (Edad : 20	Sexo: F
Fecha de Ingreso : 18/03/2022 22:43	Fecha de Egreso : 24/03/2022 10:56	Dias : 7	Servicio : CIRUGIA GENERAL Cama : 412
Tipo Alta : ATENDIDO			
Seguro	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASE	Codigo	

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS

- 081112 LAPAROSCOPIA EN PERITONITIS GENERALIZADA
- 18.03.22 APENDISECTOMIA LAPAROSCOPICA, DRENAJE DEL ABSCESO PELVICO, LAVADO Y DRENAJE DE CAVIDAD ABDOMINAL


DIAGNOSTICOS DE EGRESO

CIE10	DIAGNOSTICO	RESUELTO	DETALLE
K35.0	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	RESUELTO	
K35.1	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	RESUELTO	

TRATAMIENTO :

- METOCLONYL 10 MG/2 ML AMP (CJA X 10)
- PARACETAMOL 1 G/100 ML AMP (CJA X 10) SANDERSON

Responsable


SHEVCHUK SHEVCHUK, PETRO LEONIDOVICH CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA CMP : 32683 RNE: 11285

COPIA

EPICRISIS

Página 1 de 2
 Fecha 2024-08-31
 Hora 02:18:57

Historia Clínica
 372301

Nombre y Apellidos :		Edad : 20		Sexo: F	
Fecha de Ingreso : 18/03/2022 22:43		Fecha de Egreso : 24/03/2022 10:56		Dias : 7	
Tipo Alta : ATENDIDO		Servicio : CIRUGIA GENERAL		Cama : 412	
Seguro	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASE		Codigo		

RELATO DE LA ENFERMEDAD

PACIENTE Y FAMILIAR REFIERE HACE 2 DIAS Y MEDIO CURSA CON DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE MODERADA INTENSIDAD ASOCIADO A NAUSEAS, VOMITOS Y DEPOSICIONES LIQUIDAS S/M. S/S POR LO QUE MEDICAN CO RANITIDINA HIOSCINA, PARACETAMOL Y DIMENHIDRINATO A HORARIO; HACE MAS 1 DIA PERISITE SINTOMATOLOGIA AÑADIENDOSE HIPOREXIA Y FIEBRE ; 6 HORAS ANTES DE INGRESO DOLOR INCREMENTA INTENSIDAD 10 /10 POR LO QUE ES TRAIDA A EMERGENCIA.

TIEMPO DE ENFERMEDAD

2 DIAS Y MEDIO

AL EXAMEN :

TE: 3 DIAS APROX

PACIENTE REFIERE INICIA CON DOLOR EN EPIGASTRIO, NAUSEAS Y VOMITOS, FIEBRE, DOLOR MIGRA A FID, MOTIVO ACUDE EX FISICO:

AREG AREH AREN VENTILANDO ESPONTANEAMENTE
 ABD: GLOBULOSO SIGNO DE MUSSY POSITIVO

DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIO

CIE10	DIAGNOSTICO	DETALLE
R10.0	ABDOMEN AGUDO	
R10.0	ABDOMEN AGUDO	

EVOLUCION

EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, SIN COMPLICACIONES

EXAMENES AUXILIARES

TRATAMIENTO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

CIE10	DIAGNOSTICO	RESUELTO	DETALLE
K35.0	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	RESUELTO	
K35.1	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	RESUELTO	

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIO

CIE10	DIAGNOSTICO	DETALLE
K35.0	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	
K35.1	APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL	

PROCEDIMIENTOS

EFFECTUADOS

081112 LAPAROSCOPIA EN PERITONITIS GENERALIZADA

18.03.22 APENDISECTOMIA LAPAROSCOPICA, DRENAJE DEL ABSCESO PELVICO, LAVADO Y DRENAJE DE CAVIDAD ABDOMINAL

EPICRISIS

Página 2 de 2
Fecha 2024-08-31
Hora 02:18:57

COMPLICACIONES
CONDICION DE EGRESO
TIPO DE ALTA
INFORMACION SOBRE MORTALIDAD (SI FUERA EL CASO)

COPIA



SHEVCHUK SHEVCHUK, PETRO LEONIDOVICH
CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA
CMP: 32683 RNE: 11285

● 18% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	docplayer.es Internet	3%
2	grafiati.com Internet	2%
3	Carlos Moreno-Sanz, Ana Pascual-Pedreño, Joaquín Picazo-Yeste, Mig... Crossref	1%
4	repositorio.upch.edu.pe Internet	1%
5	kipdf.com Internet	1%
6	vdocuments.mx Internet	1%
7	es.scribd.com Internet	<1%
8	hdl.handle.net Internet	<1%